

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

Departamento de Antropología Social

y Pensamiento Filosófico Español



**TESIS DOCTORAL**

Dejar morir. Crítica al gobierno de crisis en sanidad

Doctoranda

Marta Pérez Pérez

Directora

Liliana Suárez Navaz

Madrid, noviembre de 2015

## ÍNDICE

### AGRADECIMIENTOS

1. CRÍTICA AL GOBIERNO DE CRISIS EN SANIDAD	7
1.1. Introducción	8
La historia de Saiful	13
1. 2. Crisis, política	21
1.2.1 Impugnando “crisis”	23
1.2.2. Experiencia de “crisis”	26
1.2.3 Excepción, riesgo, seguro	30
1.2.4. Gobierno de crisis y los ingobernables	35
1.2.5. Últimos desarrollos: lucha, policía	37
1. 3. Crítica, formas de hacer investigación	39
1.3.1. De los libros a la calle	45
1.3.2. Derivas y encuentros	53
<i>El viaje de la comparación: los trámites, la dificultad del trabajo, los límites del análisis</i>	56
1.3.2. Conocimiento, escritura	65
2. VALORAR LA VIDA, DEJAR MORIR	72
2.1. Nuda vida, política	75
2.2. Gobernar la humanidad	82
2.3. Operaciones de gobierno que se dan paso	87
2.3.1. Operaciones específicas en la gradación del valor de las vidas	87
2.3.2. Uso específico de tecnologías de gobierno: la estadística	94
<i>Muertes que no se cuentan</i>	95
<i>Cuando nos toca contarnos</i>	96
2.4. Diferencia, racismo, miedo	99
2.5. Cadenas de sentimiento y razón	103
Reproducción del texto “¿Por qué está muerta Jeanneth?”, firmado por Yo Sí Sanidad Universal, julio 2014	106
3. NOTAS SOBRE EL TABLERO Y SUS DESBORDES. CONSTRUCCIÓN LEGISLATIVA, ADMINISTRATIVA Y DISCURSIVO-PRÁCTICA DE LA UNIVERSALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO	111
3.1. “Yo digo ‘Franco’ para referirme a una sociedad injusta”	117
3.2. Construcción iterativa de la universalidad	126
3.2.1. Territorio, comunidad, salud	128

3.2.2. Libre elección, área única, competencia	133
3.2.3. Descentralización autonómica, Seguridad Social estatal, aseguramiento	141
3.3. Unas notas sobre el decreto de exclusión sanitaria	147
3.3.1. Lucha institucional	153
<i>Antes de mayo de 2015</i>	155
3.3.2. Madrid	157
 4. DE LA LÓGICA DEL RIESGO Y DEL SEGURO INDIVIDUAL EN SANIDAD. TURISMO DE CRISIS, TURISMO DE PROSPERIDAD	163
4.1. La entrevista con Sonia, de Delegación del Gobierno de Madrid. Del “decreto de trasposición” a la “ruptura drástica”	168
4.2. Las prestaciones sociales y la sanidad transfronteriza	171
4.2.1. Lógicas del seguro individual en las prestaciones sociales	175
4.3. El Informe del Tribunal de Cuentas. El riesgo financiero en el centro	177
4.3.1. Recorrido jurídico-mediático	178
4.3.2. Auditoría y prognosis	182
4.4. Acoplando la vida a la casilla	190
4.5. La base de datos. “El reto (de esta ley) es informático”	193
4.5.1. La entrevista con Jaime, del INSS. De la realidad y lo real	194
4.5.2. Tan lejos, tan cerca. La lucha de la Marea Granate	201
 5. LÓGICAS DE MERCADO, MAREA BLANCA, SANIDAD UNIVERSAL	205
5.1. En plena Marea, la historia de Amin	211
5.2. Unas notas sobre hegemonía, ideología y neoliberalismo	219
5.3. Gestores de sí	223
5.4. Libre elección, una lógica que avanza	231
5.4.1. Una lógica de prácticas adaptable	236
5.5. Evaluaciones formales, valoraciones informales y exclusión	239
 La historia de Nena y Ale	243
 6. DEL SENTIMIENTO Y DEL TRABAJO INTERPREATIVO EN LA BUROCRACIA	248
6.1. Unas notas sobre burocracia	254
6.2. El valor de la universalidad y su relación con los relatos del “abuso” y de la “amenaza”	260
6.3. A lo que le habla el relato del “abuso”. Sensación de carga	264

Del lado de las médicas _____	266
Del lado de las auxiliares _____	270
6.4. A lo que le habla el relato de la “amenaza”. Despojo _____	275
6.4.1 Precarización _____	277
6.4.2 Separación _____	280
6.5. Facturar, disuadir, reprimir _____	284
6.6. La ley en la cara o en la caja de herramientas _____	287
 7. VÍNCULO (Cuestiones finales) _____	 290
 BIBLIOGRAFÍA _____	 299

## AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que participan del movimiento que lucha contra la exclusión sanitaria y construye sanidad universal día a día, Yo Sí Sanidad Universal. Cada palabra y cada pausa de las siguientes páginas están pensadas con ellas en mente.

Sin embargo, me quedo sin ellas para expresar mi agradecimiento, así que voy a tomar prestadas las del escritor argentino Julio Cortázar en el prefacio de su *Libro de Manuel*, porque son capaces de evocar lo que significa para mí Yo Sí:

“Lo que cuenta, lo que yo he tratado de contar, es el signo afirmativo frente a la escalada del desprecio y el espanto, y esa afirmación tiene que ser lo más solar, lo más vital del hombre: su sed erótica y lúdica, su liberación de los tabúes, su reclamo de una dignidad compartida en una tierra ya libre de este horizonte diario de colmillos y dólares”, Julio Cortázar, *Libro de Manuel* 1973: 8.

Lo que suceda con este texto a partir de ahora estará en las manos de las compañeras y amigas de la asamblea de Madrid y del grupo del barrio, esas y esos ingobernables ante los que me quito el sombrero: Elena, Anton, Rosa, Irene, Nacho, Raquel, Ramón, Marta, Mirys, Álvaro, Miriam, Juan Luis, Amalia, Pablo, Paloma, Mónica, Pampa, Ester, Karlos, Laura, Cristina, Nico, Cris, Fran, Jana, Alejandra, Nuria, Patricia, Carlos, Marta, Ana, Irati... y muchas más.

Emprendí el camino de esta tesis y de muchas cosas más con los amigos y amigas de la compañía de teatro *La Inestable Kourel*, que me llevaron de la mano a la Asociación de Sin Papeles de Madrid, un espacio mestizo donde se desbordan fronteras cada día en los pequeños gestos tanto como en los grandes. Gracias a Mame, Doudou, Carmen, Camila, Pepa, Tere, Maite, Ana, Pap, Pape, Bada,

Badarita, Daouda, Santi, Omar, Musta, Modou, (en especial a) Sidy... y muchos más.

Dos de mis maestras, Marta Malo y Débora Ávila, me invitaron a compartir un experimento para aprender a pensar juntas, La Escuela de Afuera, que también ha sido determinante para pensar esta tesis. En los momentos de soledad de la escritura este grupo de maestros y maestras ignorantes estaba presente. Han sido tan claves para la vida como para las reflexiones sobre el conocimiento y el poder que atraviesan este texto. Gracias a Paula, Álvaro, Olga, Marta, Débora, Sergio, Amador, Niki, Dani, Adela, Ethel y Anouk.

A mi madre, Inés. A mi hermano, Luis. A mi padre, Secundino. Cada cual, a su manera, desde su lugar, me han prestado apoyos cotidianos y regulares y también en momentos clave. Siendo los que más me conocen, siempre han estado seguros de mí.

A mis amigas de Villalba, porque son el sustrato y la escucha.

A mis profesoras durante las estancias en Nueva York en The New School, Miriam Ticktin, Nehal Butha, Payal Banerjee, L.H.M. Ling y Ann Stoler. Y a mis compañeros de viaje allí, que son también amigos aquí: Juan, Pablo, Sebastián, Pilar, Sergio, Didac, Gonzalo, Jorge y Clément.

A mis profesores en el Departamento de Antropología de la Universidad Autónoma de Madrid: a mi directora de tesis Liliana Suárez Navaz, que me abrió el camino y me ha acompañado en él todo este tiempo, y a Álvaro Pazos, cuyas clases fueron un disparador de reflexiones sobre el rigor y el compromiso. Y a mis compañeros y compañeras del programa de doctorado, amigas y amigos antropolocos: Ainhoa Montoya, Ernesto García, Lucía Echevarría, Ángela Redondo, Santiago Hernández, Olga Díez y Sofía San Millán y, en especial, a

Grégory Dallemagne y Víctor del Arco, por haber disfrutado de un hogar conmigo.

A Juan, que se ha embarcado conmigo en otro hogar, con grandes ventanas al mundo.

## 1. CRÍTICA AL GOBIERNO DE CRISIS EN SANIDAD

El 1 de septiembre de 2012 más de 800.000 personas perdieron su tarjeta sanitaria y, con ella, el acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>1</sup>. Además, muchas otras que no se han contado dejaron de poder solicitarla. Entraba así en vigor una de las medidas del Real Decreto –ley 16/2012 que había sido aprobado en abril de ese mismo año<sup>2</sup>.

El texto, que enuncia una “crisis” en el sistema sanitario, diseña un modelo basado en el aseguramiento individual, haciendo depender el acceso a la asistencia sanitaria en el sistema público de la situación laboral, financiera y administrativa de las personas. A algunos grupos les impide el acceso al despojarles de la tarjeta: los migrantes sin papeles que viven en España, las personas que migran fuera de España en busca de un trabajo, los padres y madres que, desde abril de 2012, han llegado de otros países para reunirse con sus hijos y, en algunos casos, las personas rumanas y búlgaras<sup>3</sup>. La mayoría de estas personas no puede contratar un seguro privado que les permita tener un tratamiento continuado. El seguro con el sistema público, que creaba el propio decreto de 2012 y no se puso en funcionamiento hasta 2013, no incluye la financiación de la medicación.

---

<sup>1</sup> Son estimaciones de la Organización No Gubernamental Médicos del Mundo: [http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle\\_cn/reلمenu.111/id.3306](http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/reلمenu.111/id.3306) (último acceso 1 de noviembre de 2015).

<sup>2</sup> *Real Decreto – ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, «BOE» núm. 98, de 24/04/2012, <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>.

<sup>3</sup> La exclusión de personas con nacionalidad rumana o búlgara tiene que ver con un cruce de regulaciones. Hasta el 1 de enero de 2014, y a pesar de ser europeos, la norma exigía a los rumanos y búlgaros solicitar una tarjeta de identidad de extranjero y un permiso de trabajo para poder trabajar en España. Los demás ciudadanos europeos solo necesitan inscribirse en el Registro General de Extranjeros. Pero el RD-L 16/2012 cambió los requisitos para inscribirse en ese registro, incluyendo prueba de seguro médico y de fondos suficientes para mantenerse en el país, lo que dificulta el trámite para las personas con pocos ahorros. Incluso si logran inscribirse, puede que no puedan obtener la tarjeta sanitaria si se han registrado después de abril de 2012. En este sentido, la situación de rumanos y búlgaros se parece mucho a la de la familia de Saiful que se narra más adelante.



### **1.1. Introducción**

Esta tesis cuenta el despliegue de esa exclusión sanitaria en Madrid. El término “exclusión sanitaria” no designa un concepto analítico sino un proceso experiencial. No señala que exista una dicotomía analítica entre exclusión/inclusión, ya que las formas de inclusión parciales, contingentes, condicionadas son parte fundamental del análisis. Pero sí señala que hay grupos de población que han experimentado procesos de completa exclusión del sistema sanitario, que no les ha prestado la atención sanitaria que necesitaban. Es a través del análisis del despliegue del decreto de exclusión sanitaria que esta tesis también cuenta la lucha contra él, en la que he participado y que me ha dado el lugar de enunciación desde el que esta investigación ha ido tomando forma.

Desde el primer día en que la norma entró en vigor ha habido formas de poder atender a todas las personas en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Incluso aunque no se adoptara una posición de desobediencia civil la norma abría espacios para “situaciones excepcionales” que permitían atender en casi todas las situaciones sin tener que traspasar límites jurídicos. Sin embargo, la exclusión se ha desplegado con una regularidad que no es la de norma, pues esas excepciones que establecía se han incumplido sistemáticamente. Más que el texto, la verdad que enuncia la ley — que hay una “crisis” en el sistema sanitario, que hay que reformarlo para evitar el uso incontrolado que se ha hecho de él, en especial por parte de los extranjeros, y que ya no se puede atender igual a todo el mundo porque no nos lo podemos permitir — se ha ido trenzando con otros procesos y dispositivos. Las diferentes formas de abordar el papel de los centros sanitarios en la salud de las personas en los barrios (Capítulo 3); las normas de diferente rango así como la interpretación y el uso que hacen de ellas las

personas que intervienen en cada situación (Capítulos 4 y 6); las lógicas burocráticas y las formas de escritura (instrucciones, documentos identificativos, bases de datos) en las que se traducen, que median el acceso de las personas a los centros sanitarios (Capítulo 6); las lógicas de empresa y del seguro individual (Capítulos 2 y 5); los sentimientos y el trabajo interpretativo que demandan ligados a rutinas de trabajo y jerarquías (Capítulos 2 y 6); la estratificación de usuarios y su historia dentro de la relación entre los sistemas de salud regionales con el Sistema Nacional de Salud y con la Seguridad Social (Capítulos 3 y 4); las construcciones sociales del “turismo sanitario” y los relatos del “abuso” y de la “amenaza” que se cierne sobre el sistema sanitario (Capítulos 4 y 6); los racismos cotidianos e institucionales (Capítulos 2, 4 y 6); y el discurso de la “crisis” como forma de gobierno (en el epígrafe 1.2 de esta introducción).

Para analizar este proceso hago uso de los trabajos (de Michel Foucault pero también de otros autores) sobre gubernamentalidad neoliberal y biopolítica. Trabajos que se preguntan cómo la distribución y regulación de los procesos biológicos de los cuerpos agrupados en “la población” como un objeto a conocer y gobernar se hace en base al principio de la “eficiencia”, de extraer el máximo de la población en su conjunto y de cada uno de los individuos en particular, en un escenario de competencia continua. Un gobierno – una forma de conducir a los demás y de conducirse uno mismo – propio de la lógica de la empresa; un sujeto empresario de sí que se provee de seguros ante todo tipo de riesgos, en especial el riesgo de perder en esa carrera sin fin por maximizar la vida.

Si bien este “hacer vida”, maximizarla, alimentarla, es una parte del gobierno neoliberal, esta tesis se centra más en la otra parte, trenzada con e

imprescindible para la anterior: el “dejar morir”, que no es una consecuencia de la gubernamentalidad de la empresa sino una parte y un efecto fundamental de la misma. Hay grupos de personas a las que se les gobierna dejándoles morir. Esta tesis explora grandes operaciones de gobierno y también formas infinitesimales de conducirse en lo cotidiano en las que se hacen juicios sobre el valor de las vidas. Juicios cuya acumulación puede tener el efecto de dejar perecer las vidas de algunos grupos de personas. *¿Quién se hace responsable de ese abandono? ¿Qué vínculos podemos recomponer o, mejor, imaginar, inventar, de modo que podamos hacernos cargo las unas de las otras?*

La lucha contra la exclusión sanitaria comenzó antes incluso de que la ley entrara en vigor, en mayo de 2012. Y durante tres años se ha desplegado sobre el terreno en los centros sanitarios y en los barrios, produciendo y diseminando conocimiento y discurso alternativo al de la exclusión, construyendo sanidad universal desde abajo. En lo institucional también ha habido un despliegue desigual de la exclusión sanitaria, pues ha habido resistencias. Hubo dos comunidades autónomas que se opusieron a la ley del gobierno central desde el principio (Euskadi y Navarra); los gobiernos de otras crearon “programas humanitarios” que funcionaban como embudos, dejando fuera a todos aquellos que no terminaran el periplo administrativo que implicaban (Catalunya, Comunidad Valenciana). Pero ha sido desde febrero de 2015, cuando comencé a escribir este texto y, sobre todo, en el verano tras las elecciones regionales de mayo de 2015, mientras lo estaba terminando, cuando ha habido diversos movimientos por arriba — en el gobierno central, en los gobiernos de las comunidades autónomas, en las instancias de gestión del SERMAS — que modificaron de nuevo las condiciones de acceso al sistema sanitario.

Si en algunas regiones se apostó por regular para devolver una identificación del servicio de salud a las personas que se quedaron sin ella en 2012 o no la pueden obtener desde entonces, en otras, como Madrid, se ha seguido la ruta marcada por el gobierno central, que pretende crear un programa especial solo para personas sin papeles que permita el acceso a parte del sistema y bajo ciertas condiciones, entre ellas una diferenciación clara entre este grupo de población y los “asegurados”. Uno de los centros de salud que más he visitado desde 2012 no atendía a las personas sin tarjeta más allá de los cinco minutos de la visita de urgencia y aún esto había que lucharlo yendo acompañado de otras personas para poder tener apoyo en la negociación. A partir de agosto de 2015, es posible para las gentes sin tarjeta acudir solas a ese centro y salir con médico asignado, citas y derivaciones con especialista. Las órdenes “de arriba” del SERMAS así lo estipulan.

Al tiempo que una victoria, esta situación es provisional y deja intacta una de las piedras angulares de la verdad que impone la ley: que no todas las personas que viven en nuestros barrios tienen “derecho” a la atención sanitaria. Los que pueden hacer uso de los programas especiales tienen un acceso graciable al sistema, y por eso existen documentos identificativos diferentes. La vulnerabilidad extrema que han experimentado durante tres años estas personas se contiene con esos “programas especiales”, que se sitúan como una cuña en medio del “hacer vida” y “dejar morir” que regulara la relación entre ambas formas de gobierno.

Para introducirnos a la forma que ha tenido de desplegarse la exclusión sanitaria en Madrid, cómo y a través de qué funciona, no se me ocurre otra manera mejor que relatar el periplo por centros sanitarios y administrativos de

una familia, la de Saiful, y sus acompañantes de apoyo. De ello me ocupo en el siguiente epígrafe.

Después, teniendo esta historia muy presente, continúo en esta parte inicial de la tesis con un primer paso necesario para el análisis: impugnar “crisis” como concepto a priori de la narración y como discurso que nos gobierna, pues es un tapón que impide la discusión acerca de qué están hechas las situaciones de exclusión, que es lo que analizo en esta tesis. Se intenta quitar ese tapón que funciona como un enunciado que, desde fuera, explicara las situaciones y guiara la acción (*es porque hay crisis, como hay crisis...*).

Pero, si suspendemos “crisis” y ya no nos ocupamos de explicar sus causas, ¿qué tipo de investigación, qué tipo de crítica hacemos? ¿qué tipo de solución — qué tipo de política, de ética — podemos proponer? Para responder a estas preguntas, después de impugnar la noción de “crisis” me centro en describir la crítica que se puede hacer sin partir de ella y las formas que ha adoptado mi investigación a la luz de mi implicación activista y de mi deseo de escribir un texto que problematice la relación entre investigación, política y ética.

Una de las conclusiones de esa reflexión es que, lejos de desplegarse como un plan maestro de arriba abajo, la exclusión sanitaria se ha ido apoyando en prácticas y discursos cotidianos nuevos y viejos, dándose en la práctica un patrón, una guía para la acción cuyas condiciones de posibilidad también pueden ser las de otras guías alternativas. Dejar morir no es una consecuencia inevitable de esas condiciones de posibilidad, es un efecto. El término se usa aquí al modo foucaltiano: efecto es lo que se da, gracias en parte a un cierto grado de azar, a partir de unas condiciones de posibilidad determinadas. La relación con ellas no es causal sino que el efecto forma parte de esas mismas condiciones y las

transforma. A partir de esas mismas condiciones pueden darse otros efectos diferentes. De esos otros efectos se ocupa el Capítulo 2 de esta tesis, que pretende situar esa pregunta ya enunciada — *¿quién se hace responsable?* — en la narración de un debate teórico sobre biopolítica que empuje a profundizar y/o imaginar vínculos que tejan formas de conducirnos para sostener las vidas, en vez de para dejarlas morir.

Después, los siguientes capítulos se dedican a explorar los otros procesos y dispositivos, específicos de la sanidad, en los que se ha apoyado la exclusión sanitaria en su despliegue.

### **La historia de Saiful**

Conocimos a Saiful y a su familia en el verano de 2013. Saiful es un ciudadano español de origen bengalí que trabaja en una tienda del barrio, en el centro de Madrid. Hacía pocas semanas que había traído a su madre desde Bangladesh; ella tenía diabetes, una cardiopatía y se había quedado viuda poco antes. También le dolía un ojo pero dada la situación, decían sus familiares, esto era secundario con respecto a lo anterior. La situación era que la madre de Saiful no tenía acceso al médico y por tanto tampoco tener su insulina ni la medicación del corazón.

Saiful se había acercado a la asesoría sobre exclusión sanitaria que teníamos en el barrio. La trabajadora social del centro de salud no sabía cómo hacer para que la madre tuviera un médico, y le había hablado de nosotras. Una de las primeras cosas que hizo Saiful fue mostrar su DNI, afirmando que no era verdad eso de que solo les habían quitado la tarjeta sanitaria a los sin papeles. Su madre estaba en trámites de obtener el permiso de residencia por familiar de ciudadano de la Unión Europea. De hecho, pocos días después lo recibió en su

domicilio. Sin embargo, en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) no le daban el papel que necesitaba para poder ir a pedir la tarjeta sanitaria al centro de salud, donde le negaban la atención. Una auxiliar administrativa del centro les había dicho que contrataran un seguro privado. Saiful lo había intentado: se acordaba de Sanitas y Mapfre, pero había probado con otros también. Todas esas compañías se habían negado a aceptar a su madre como cliente. Era demasiado mayor; estaba demasiado enferma. También había pensado en contratar un seguro con el sistema público de salud, posibilidad que el gobierno central había anunciado hace ya un año pero que aún no había puesto en marcha. De todos modos, aunque lo hubiera podido contratar, a la madre de Saiful no le hubiera solucionado mucho esa póliza con el sistema público porque no cubría la medicación, una de sus principales necesidades.

A la familia de Saiful le afectaba un cruce de normas de distinto rango: 1) el RD-l 16/2012, que sienta las bases para un modelo de aseguramiento individual en el Sistema Nacional de Salud (SNS), excluye a varios grupos de población de la posibilidad de contar con ese seguro y cambia los requisitos de la Ley de Extranjería para poder obtener un permiso de residencia de familiar de ciudadano de la UE; 2) el RD 1991/2012, que se aprobó en agosto de ese año y que desarrolla quién puede y quién no ser “asegurado” del SNS; 3) las instrucciones del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) del 27 de agosto de 2012, que traducen en procedimientos técnico-administrativos el acceso al sistema sanitario de las personas sin tarjeta en “situaciones excepcionales”, entre las que se encuentra la entrada por urgencias; 4) la instrucción de junio de 2013 sobre Asistencia Sanitaria Nacional del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), instituto que desde abril de 2012 asume la función de autorizar la

emisión de tarjetas sanitarias en todo el Estado, algo que antes hacían los servicios de salud de cada comunidad autónoma. Una de las consecuencias de la aplicación de ese enjambre de normas es que las madres y los padres que vienen a vivir con sus familias y obtienen sus permisos de residencia no pueden, desde abril de 2012, tener tarjeta sanitaria del SNS<sup>4</sup>.

Nos juntamos dos personas del grupo de acompañamiento del barrio y cuatro de la familia de Saiful. El plan que decidimos fue el siguiente: iríamos al centro de salud para intentar que la madre pudiera tener un médico asignado y una atención continuada y segura (citas, recetas...) Eso dependía de que las auxiliares y los médicos se pusieran de acuerdo para darle un alta perdurable en el sistema informático y solicitar, enviando un correo electrónico a los gestores de farmacia del SERMAS, que se le pudieran expedir recetas financiadas por el sistema público. Con las normas en la mano se podían encontrar tanto formas como buenas razones para atender de forma continuada a las personas sin tarjeta sanitaria. Pero los que allí trabajan también se podían negar.

En el grupo conocíamos por la práctica cotidiana que la arbitrariedad en la aplicación de las normas era constante: dependía de qué centro de salud te tocara y con quién fueras a dar allí. Pero una arbitrariedad no exenta de cierta regularidad. Sabíamos que en el centro de salud del barrio las auxiliares administrativas habían inventado un procedimiento propio: cuando aparece una persona sin tarjeta sanitaria solo se le atiende de urgencias, dando un alta en el sistema informático que se borra al día siguiente, viendo un médico — el que esté de urgencias — cada vez, y sin posibilidad de derivación a un especialista si

---

<sup>4</sup> Los detalles de este cruce de normas, así como la lucha jurídica que algunas personas y colectivos han emprendido contra la instrucción del INSS y sus consecuencias se detallan en el Capítulo 4.



lo necesita. Para tener atención continuada tiene que haber un médico del centro que se implique, escriba un informe que las auxiliares mandan luego a otra instancia del SERMAS y, si hay respuesta, quizá den el alta. Un procedimiento no escrito en ninguna norma y muy diferente al de otro centro de salud cercano, en el que interpretan las normas de forma bien diferente: se da el alta perdurable a todas las personas que llegan sin tarjeta.

Tras esperar la cola, Saiful y su madre se acercan al mostrador de admisión del centro, que en este caso está cubierto con una mampara de cristal que separa a las personas de las trabajadoras. Hay que hablar por un micrófono incrustado en el cristal que cuenta con una ranura en la parte inferior por la que se pasan los papeles y las tarjetas sanitarias de un lado al otro<sup>5</sup>.

La auxiliar le pregunta a la madre de Saiful, que casi no sabe castellano porque acaba de llegar, si se encuentra mal. Dice que no debe pasarla con un médico si no se trata de una urgencia. Dice *que vaya al hospital cuando sufra una crisis de azúcar*. Dice que debe ir al INSS a arreglar los papeles.

Nosotras le decimos que en el INSS no le van a dar la tarjeta, ya nos ha pasado con otras situaciones similares. Ella insiste, nos da un papelito que tiene ya preparado en el que está impreso el teléfono y la dirección de la oficina del INSS más cercana. Un papel con el que ya han salido del centro de salud otros vecinos del barrio que han vuelto del INSS sin nada.

Argumentamos que tenemos que ver a un médico, que es importante para ver cómo imprimir recetas para la insulina y la cardiopatía. Ella nos responde: *claro, si ese es el problema. Pero para eso estáis vosotros y otras ONGs*. La verdad es que no, le decimos: se trata de acceder al sistema público como los demás.

La auxiliar llama por teléfono, no escuchamos lo que dice. Cuelga y nos dice que vayamos a la puerta 7 y esperemos. Después de un rato entramos

---

<sup>5</sup> Teresa, una auxiliar administrativa que conoceremos en el Capítulo 6, me contó en nuestra conversación en el invierno de 2014 que esta instalación la solicita el propio centro de salud. A pesar de que el pensamiento corre rápido hacia una interpretación disciplinaria y de control que en el centro de salud de mi barrio guarda una lógica interna con las formas de hacer, la mampara en sí no siempre se puede dotar de significado o del mismo significado. Por ejemplo, Teresa comentaba que en su centro se lo habían pensando: los usuarios llegan al centro de salud siempre con prisas, con una actitud exigente, traen a los chavales pequeños y “les dejan que hagan lo que quieran y varias veces me he encontrado a un niño sentado en la silla de una compañera”, relataba. Si bien estas palabras de Teresa también se pueden interpretar como un deseo de disciplinar a la gente que acude a su centro, es una situación muy diferente a la del centro de salud de mi barrio, donde la actitud de la mayoría de las trabajadoras detrás de la mampara es distante al tiempo que intimidatoria, sobre todo si no tienes tarjeta sanitaria.

a la consulta. Saiful le cuenta a la médica lo que ocurre. Ella afirma: *es un problema legal administrativo ante el que no puedo hacer nada.*

De repente, por una puerta que comunica con otra consulta, entra otra médica que resulta ser la de la mujer de Saiful. Le saluda; le habla alto. La médica con la que estábamos discutiendo nos sugiere entonces que pidamos cita con alguien que conozca a la familia. *Yo con estas personas no he tenido contacto nunca*, dice.

Al salir de nuevo a la sala de espera Saiful divisa por el pasillo al que es su médico y sugiere ir a hablar con él. Le para y le pide que nos escuche cinco minutos. El médico duda, repite varias veces que él nunca está a esa hora en el centro, que hoy está porque está de urgencias pero que normalmente no es su horario habitual. Le contamos. Él nos dice que sólo puede ver a la madre de Saiful de urgencias. Lo de dar de alta lo tenemos que hablar con las auxiliares, nos explica. Y tampoco puede escribir para pedir que se le puedan hacer recetas a la madre de Saiful porque él no suele usar el correo electrónico.

Mientras andamos de nuevo hacia el mostrador de admisión, el médico señala que es injusto que Saiful, que paga impuestos, no pueda poner a su madre de beneficiaria suya (asociar a su madre a su tarjeta sanitaria de modo que ella también pueda tener una). Esto cuando además ha habido de siempre *gitanos que tenían una tarjeta sanitaria y con ella venían veinte al centro de salud. Además, tú eres español... bueno, tienes DNI.* La madre de Saiful, nos dice, *no se va a quedar sin atender, yo la voy a ver, claro. Igual al principio tendrá que pagarse la medicación entera. Las pastillas son baratas.* Pero ella se pincha insulina. *Sí, la insulina es más cara, eso igual lo pueden arreglar aquí (señalando a admisión), porque es una cuestión administrativa.*

Insistimos al médico: depende de él decir a las auxiliares “tengo esta persona a la que quiero ver con normalidad” o no decirlo. Se pone nervioso, nos dice que hablemos con el coordinador médico. Este señala: *aquí se atiende a todo el mundo, antes de que llegara este decreto ya se hacía, se atendía a todo el mundo, en este centro justamente no se puede decir que no se ha atendido a inmigrantes, aquí se atiende siempre y esto que me dices es un problema burocrático.*

La explicación del coordinador es que en el sistema sanitario *de antes* se podía atender a todos porque había dinero pero *ahora no hay. Se ha gestionado mal, los de arriba lo han gestionado mal (...) durante mucho tiempo han venido muchos (inmigrantes), les dejaron entrar, entraron mal. Y, además, yo tengo el personal que tengo (...) está lo que ellas (en referencia a las auxiliares administrativas) creen que es la norma.*

El coordinador duda por un momento. *¿Acaso ha habido alguna instrucción nueva que él no conozca?*, nos pregunta. No, que sepamos, le respondemos. *¿Tenéis más problemas en el turno de mañana o en el turno*

*de tarde? En los dos ¿Por qué no habláis con la trabajadora social? Es la que nos puso en contacto (a Saiful con el grupo) en primer lugar. Me tenéis que hablar siempre caso por caso, nos recomienda.*

De acuerdo. En este caso es una madre enferma. Le proponemos un trato: vamos al INSS, traemos la denegación que nos darán por escrito, se la enseñamos y a partir de ahí ellos tratan de forma continuada a la madre de Saiful. Pero... *Yo no puedo hacer tratos. Es que esto... nos ponen ante un dilema ético, a ti y a mí, ante el que yo no puedo hacer nada.*

La auxiliar del principio entra en la consulta. Habla alto y parece enfadada. Dice que la hemos mentado. Que ha llamado a tarjeta (las oficinas de tarjeta sanitaria del SERMAS) y le han dicho que la madre de Saiful sí puede tener una. Que también ha llamado a Tesorería (General de la Seguridad Social) y que llamemos ahí. Nos da un papel con el teléfono. Un rato después llamamos. Nos dicen que la madre de Saiful no puede tener tarjeta sanitaria. Saiful dice: *la dejan morir. Hemos venido a vivir una buena vida, no a estar sin médico y morir así.*

Vamos al INSS. Le deniegan la tarjeta a la madre de Saiful, de viva voz en la oficina y con un papel que llegará días más tarde (Capítulo 4). Después vamos a una oficina de la Seguridad Social, donde algunas trabajadoras, con gran sorpresa y enojo, conocen por nosotras la existencia de la instrucción del INSS que deja sin tarjeta sanitaria a personas en la situación de la madre de Saiful.

*Esto (es parte de lo) que nos están haciendo, que nos están quitando todo. ¿Me dejas fotocopiar esa instrucción? Claro. Las trabajadoras acaban haciéndose cargo de la situación, compartiendo formas de navegar el sistema que ayudaron a la familia a encontrar una solución<sup>6</sup>.*

La historia con Saiful y su familia, que aparece varias veces en esta tesis, es singular, irreplicable, inagotable. Adquiere nuevos matices a medida que cambia el contexto y es resistente a un análisis cerrado que no deje puntos de

---

<sup>6</sup> Un relato más breve que este se puede encontrar en el informe *Un año de exclusión. Un año de desobediencia* que publicó el colectivo Yo Sí Sanidad Universal en septiembre de 2013. Tomando un café, Saiful nos dijo que podíamos narrar su historia, sobre todo si ayudaba a desbloquear otras situaciones similares. Este aprendizaje nos ha servido para descartar inútiles visitas al INSS, para denunciar en medios de comunicación la situación de estas personas y, al tiempo, para abrir una vía legal contra esta instrucción del INSS, vía que ha tenido éxito (ver Capítulo 4).

fuga. Al tiempo, es una de las cientos de historias de exclusión sanitaria que he conocido desde que entró en vigor el RD-l 16/2012, en septiembre de 2012<sup>7</sup>.

Esta historia tiene en común con las demás que aparecen en esta tesis lo que mi punto de vista destaca: una forma de hacer (y deshacer) exclusión que trenza diversos procesos y dispositivos que constituyen las condiciones de posibilidad para que se despliegue la exclusión de personas del sistema de salud, incluso hasta el punto de dejarlas morir. Veremos que se ha ido dando un patrón común que es similar al que se puede intuir en la historia de Saiful: conflictos en el mostrador de admisión donde no se asigna médico a las personas sin tarjeta y se ha de luchar la entrada por urgencias; profesionales sanitarios que representan los problemas en consulta como “cuestiones administrativas”; personas enfermas a las que se deja de lado.

Pero este patrón no es el único. Hay rebeliones cotidianas, como la de las trabajadoras de la Seguridad Social que ayudaron a la familia a encontrar una solución. Hay profesionales sanitarios y no sanitarios que atienden a todo el mundo; de hecho, hay centros de salud enteros en Madrid que lo tienen como norma. Y también hay colectivos y organizaciones que, con diversas formas de hacer, se han declarado en lucha contra la exclusión sanitaria. Todo ello, además, se relaciona de diversas formas con otras luchas dentro de los sistemas sanitarios, por los derechos laborales y contra la introducción de lógicas de mercado que en Madrid confluyeron de forma espectacular en noviembre de 2012 en el movimiento Marea Blanca (Capítulo 5).

---

<sup>7</sup> Por haber participado en ellas o por tener conocimiento de las mismas a través de relatos de compañeras, medios de comunicación, informes de organizaciones no gubernamentales y colectivos ciudadanos, o registros que se han creado para recoger estas historias.

En esta tesis, el lugar de enunciación es el de esa lucha y el análisis se centra en las regularidades — no por regulares menos mutables o transformables — a través de las que se ha desplegado la exclusión sanitaria. Como explico con más detalle en el epígrafe titulado “Crítica”, este punto de vista no es ni libremente elegido ni tampoco es producto simplemente del azar o de la indulgencia; obedece a conflictos, reflexiones y razones epistemológicas, analíticas, político-éticas y biográfico-personales.

Para acometer este análisis es necesario empezar con un dispositivo concreto, el discurso de la “crisis”, en este caso en sanidad. ¿Por qué? Por un lado, las declaraciones de crisis del sistema sanitario público en España le han acompañado desde su nacimiento en la década de 1980, incluso en épocas de llamada “bonanza” económica (Capítulo 3). Por otro, desde 2008, esta “crisis endémica” del sistema sanitario se ha conectado fuertemente (en las leyes, en las políticas públicas, pero también en el imaginario de las personas) con la declaración de crisis total. Es esa crisis total la que ha revelado la crisis en sanidad, que siempre estaba ahí y ahora se ha agravado de forma insostenible. Recordemos las palabras del coordinador médico a la familia de Saiful:

*En el sistema sanitario de antes se podía atender a todos porque había dinero pero ahora no hay. Se ha gestionado mal, los de arriba lo han gestionado mal. Además, durante mucho tiempo han venido muchos (inmigrantes), les dejaron entrar, entraron mal.*

En sus palabras, el coordinador enuncia una diferencia entre dos tiempos – antes y ahora – en términos de error y verdad. Antes se gestionó mal, esa es la verdad que vemos ahora que no hay dinero; por eso, ya no nos podemos permitir atender a todas las personas en el sistema sanitario público. No la nombra, pero

la crisis planea en las palabras del coordinador, quien se explica el presente a través de ella.

Esta tesis trata de hacer algo distinto: trata de entender de qué está hecha la situación que se narra en la historia de Saiful y su familia. Para ello es necesario poner el concepto de “crisis” en suspenso de modo que lo podamos conocer y analizar, así como explorar sus modos de relación con los demás procesos y dispositivos de los que están hechas las situaciones de exclusión.

## **1.2 Crisis, política**

*Nada fue mal.* Janet Roitman, *Anti-Crisis* (2014: 50)

Desde 2008, el concepto de “crisis” es el punto de partida de los textos legales que el gobierno central ha aprobado por el procedimiento de urgencia, esto es, el Real Decreto –ley<sup>8</sup>. Entre ellos está la ley que afecta a la familia de Saiful. Cuando el gobierno decide usar el Real Decreto para legislar tiene que explicar en la primera parte del texto los motivos por los que ha escogido esa vía que supone no discutir el texto con los otros grupos parlamentarios. El RD-l 16/2012 argumenta del modo siguiente: el descontrolado desarrollo del SNS amenaza su sostenibilidad y la de las empresas del sector sanitario. Mucha gente, más de la que debía, ha hecho uso del sistema aunque no tuviera “el derecho” de hacerlo. Sobre todo los extranjeros. La “crisis financiera” ha sido el momento que ha precipitado la revelación de las ineficiencias del sistema. Hay que cambiar,

---

<sup>8</sup> En 2012, el año en el que se aprobó el RD-l 16/2012 que nos ocupa, se usó este tipo de legislación para introducir medidas en el mercado laboral (3/2012), la estabilidad presupuestaria y la competitividad (20/2012), el sector financiero (2/2012 y 18/2012), el déficit público (12/2012), la educación pública (14/2012), la Radio Televisión Pública (15/2012), el medio ambiente (17/2012), la liberalización del comercio (19/2012) o la reestructuración de las entidades de crédito (24/2012), entre otras.  
[http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas/LeyesAprob?\\_piref73\\_1335447\\_73\\_1335446\\_1335446.next\\_page=/wc/busquedasLeyesAprobadas&anoLey=2015&selectLey=tituloListadoRealesDecretos](http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas/LeyesAprob?_piref73_1335447_73_1335446_1335446.next_page=/wc/busquedasLeyesAprobadas&anoLey=2015&selectLey=tituloListadoRealesDecretos) (último acceso 10 de agosto de 2015).

ordenar, reformar, y hay que hacerlo ya. Con las medidas propuestas, se ahorrarán millones (Capítulo 3).

Como artefacto normativo y de discurso, esta ley decretó la crisis del sistema sanitario público como consecuencia y al tiempo causa de la crisis total e impuso, autorizó y consagró una verdad: ya no se puede tratar a todo el mundo igual, eso ya no nos lo podemos permitir.

El argumento del “ahorro” que se iba a producir con las medidas que promueve el RD-l 16/2012 – dejar sin tarjeta a grupos de población, aumentar el pago de las personas por sus medicamentos, “flexibilizar” contratos de personal, crear carteras de servicios sometidas a pagos, etc - ha sido ampliamente refutado.<sup>9</sup> Sin embargo, el *ahora ya no se puede, no hay dinero* está presente no sólo en las palabras del coordinador médico; es un enunciado que he podido escuchar de forma insistente desde septiembre de 2012, cuando comencé a visitar centros sanitarios de Madrid como parte de mi participación en el movimiento social contra la exclusión sanitaria Yo Sí Sanidad Universal. “Antes era demasiado bonito para ser verdad”, decía un médico compañero del coordinador, como explicación a su negativa a implicarse en el proceso de dar de alta en el sistema informático a un vecino del barrio para que pudiera tener las citas que necesitaba con el especialista.

---

<sup>9</sup> En el Capítulo 3 se pueden encontrar referencias a los actores que han refutado la tesis del ahorro, entre ellos diversas organizaciones médicas y sociales y el Tribunal Constitucional en las dos ocasiones que se ha pronunciado al respecto. Destaco aquí el último, el informe de la Agencia Europea de Derechos Fundamentales (FRA), que muestra que los costes de atender a las personas migrantes sin papeles en las urgencias es mayor que facilitar el acceso a la atención primaria. Además, si se revisan los documentos de análisis económico-financiero de los gastos en asistencia sanitaria que publica anualmente la Seguridad Social se podrá ver que no hay diferencia apreciable entre 2011 y los años posteriores (el RD-l 16/2012 entró en vigor en septiembre de 2012). Informe Económico Financiero de los Presupuestos de la Seguridad Social 2014, [http://www.congreso.es/docu/pge2014/ppss2014/Proyecto\\_2014/V5T01.pdf](http://www.congreso.es/docu/pge2014/ppss2014/Proyecto_2014/V5T01.pdf) (último acceso 5 de septiembre de 2015), p. 294. Doy las gracias a Antonio Sáiz Morón por esta referencia.

Al tiempo, el *ya no se puede* también es impugnado de diversas formas y desde diferentes lugares: *es que nos lo están quitando todo*, decían las trabajadoras de la Seguridad Social. *No es una crisis, es una estafa y no es una crisis, es el sistema*, se comenzó a gritar en las plazas el 15 de mayo de 2011. Y no se ha parado.

### 1.2.1 Impugnando el concepto de “crisis”

Las reflexiones que aquí comparto sobre “crisis” se apoyan en las de la antropóloga Janet Roitman en su libro *Anti-Crisis* (2014). A partir de la revisión historiográfica del concepto de “crisis” que hizo Rainer Kosselleck, Roitman señala que el concepto de “crisis” es un a priori desde el que se afirma el acceso a la historia y al conocimiento. Esto es, la “crisis” es un *non-locus* desde el que miramos el mundo y vemos “momentos de verdad” en los que se deciden cosas, en los que la normalidad se revela desnuda y se disputa el conocimiento de situaciones. “Crisis” como concepto abre unas preguntas y cierra otras, produce significado, información, verdades.

*¿Qué ha pasado para que estemos aquí discutiendo si una mujer enferma puede o no tener médico? Que antes se hizo mal y por eso ahora no se puede.*

“Crisis” es, en palabras de Roitman, un juicio del presente basado en la diferencia entre el pasado y el futuro, esto es, un juicio que construye historia y nos dice qué cuenta en la historia: la diferencia, el cambio. Pero no solo eso, prosigue Roitman: crisis es también un juicio sobre ese cambio. Al engendrar la pregunta *¿qué fue mal?* interroga a la historia en términos de fallo o error. Para Roitman, aceptar la afirmación de que existe una crisis es hacer pasar por observable algo que no lo es, acceder a un punto de partida que, sin embargo, es solo una distinción, un elemento que distingue una situación como errónea.



En su análisis de la crisis financiera inmobiliaria en Estados Unidos, Roitman abandona la búsqueda de las causas, sea esta la separación entre la “economía real” y las “finanzas ficticias”, el carácter cíclico del capitalismo o sus contradicciones internas. Construye una narración diferente que no toma crisis como algo dado. Da un paso atrás y afirma: “nada fue mal”. ¿Qué significa esto? Que el valor “real” de las casas nunca importó porque “la apuesta era sobre el riesgo” del incumplimiento del pago. El riesgo se estandarizó, se hizo intercambiable y manejable mediante un mecanismo que relacionaba crédito con valor, un valor producido por sistemas materiales, cadenas de trabajo, tecnologías, diseños, decisiones, determinaciones y contextos. El mundo de las finanzas no está separado de la vida “real” sino que es parte de ella, es productivo, en él intervienen políticas públicas para extender el crédito y legitimarlo como valor<sup>10</sup>. Los artefactos y decisiones, las prácticas, las formaciones materiales y discursivas de los mercados financieros de derivados co-constituyeron como legítima una nueva forma de producir valor: el *leverage*, el apalancamiento, el uso del endeudamiento para financiar la inversión: “los mercados de deuda no son abstracciones” sino “logros socio-técnicos, una obra, un trabajo viviente” (Martha Poon en Roitman 2014). El crédito era un *asset*, un activo que tenía un valor; luego dejó de tenerlo, pasó a ser deuda que no valía nada. Eso, señala Roitman, no es la revelación de un error sino un juicio sobre el valor del crédito. Un juicio que se llamó “crisis”.

Roitman llama a abandonar el *epochal thinking* (pensamiento de cambio de época): no leer la contingencia como algo sintomático de un evento más

---

<sup>10</sup> Roitman relata en su libro cómo esta estandarización del riesgo vino primero de la empresa privada, en particular de la multinacional norteamericana AIG. Una vez se extendió este mercado gracias a esa estandarización el gobierno de Estados Unidos comenzó a producir regulaciones y leyes sobre él, de modo que el crédito como valor, y su legitimación, se extendió más.

general y primero; preguntarse por qué leyes, qué documentos, qué artefactos, qué instrumentos tecnológicos, qué estandarizaciones, qué conversaciones co-constituyen la “crisis”. Esto implica una concepción de la historia diferente: no pone el cambio en el centro, pero tampoco es una historia clásica que se construya en base a la idea de progreso. Se acerca más a una historia genealógica foucaultiana, que busca la singularidad, la especificidad del evento (Michel Foucault 1978, Alan Hunt 1994). Una historia que, en esa exploración de la singularidad explora las regularidades que se dan en el evento y sus conexiones y desconexiones, fidelidades e infidelidades con aspiraciones anteriores y con otros contextos que podrían haberse dado, capaz de ver cómo la continuidad que puede existir “depende de lo nuevo” (Samuel Moyn 2012). Una historia que toma en cuenta todas esas historias que corren por abajo, que suelen quedar en los márgenes, para ponerlas en el centro.

Así, en esta tesis, intento tomar el concepto de “crisis” como una parte más de aquello de lo que están hechas las situaciones de exclusión, y no como un a priori de las mismas. Este análisis nos ayuda a explorar los juicios de valor que se hacen y rehacen en esas situaciones en las que opera una diversa asignación de valor a las propias vidas, que mientras maximiza unas, precariza o incluso acaba con otras. Porque, tomando prestada la expresión de Roitman, lo que está en juego no es el gasto o el ahorro que se pueda producir en el sistema sanitario sino la apuesta por un modelo de seguro individual.

### 1.2.2 Experiencia de la “crisis”

No se trata de negar la crisis: las situaciones que experimentan las personas sí son críticas, en el sentido de que las sitúan al límite de la sostenibilidad de sus vidas y de su seguridad. Se trata de ver cómo “crisis” se constituye como un instrumento, un discurso que nos gobierna, una guía para la acción. Está en las entrevistas de trabajo, en los anuncios del supermercado, en las introducciones a las noticias de la tele, en las conversaciones cotidianas. Incide en nuestra concepción del presente, del pasado y del futuro. Como todo discurso, produce verdades y lo hace con ahínco, con pasión (Alan Hunt 1994). Roitman dice: “el estatus del concepto de “crisis” es el de significar una coyuntura histórica pero también experiencial, un estado de las cosas, una condición de la vida, un artefacto para entender cómo actuar” (2014: 16, mi traducción)

¿Cómo es esa guía para la acción que la “crisis” contribuye a conformar? *Ahora* atender a alguien sin tarjeta sanitaria o dejar de facturar a una persona “sin cobertura” son actuaciones importantes; son situaciones que se experimentan con angustia. Pero una angustia que se encadena con otras que ya estaban ahí y que mutan con ella. De nuevo recurrimos a unas bellas palabras de Roitman, que se pregunta si cuestiones como el pluralismo, la conmensuración o los universales no son retos diarios, cotidianos, en las finanzas, en la sanidad; y si nos podemos hacer preguntas sobre ellos sin recurrir a una ontología de crisis:

“si crisis designa algo más que una coyuntura histórica, entonces, ¿cuál es el estatus de ese término? ¿Cómo crisis, antes un signo de un momento decisivo, crítico, acaba siendo construida como una condición extendida histórica y experiencial? La propia idea de crisis como una condición sugiere un estado de cosas en curso. Pero ¿puede una hablar de un estado

de permanente crisis? ¿No es esto un oxímoron?” (Roitman 2014: 2, mi traducción)

*¿Qué ocurriría si el coordinador médico no pudiera narrar su negativa a hacerse cargo de la situación con la madre de Saiful en términos de crisis?<sup>11</sup>*

La experiencia de la “crisis” tiene una relación especial con la norma y con la verdad enunciada por ella. En la situación de Saiful, la ley y las diversas instrucciones (del SERMAS, del INSS, de la compañera que las transmite por teléfono) tienen un papel muy importante. Tanto que, más allá de lo que ponga negro sobre blanco en la ley o en la instrucción, es un lugar, el de la norma, donde se agregan otros micro poderes (Alan Hunt 1994: 21) en el despliegue de la exclusión. *Está lo que ellas creen que es la norma.*

Así, prima una regulación que es propia, diseñada por las trabajadoras del centro de salud, y que contradice la instrucción oficial. Pero una regulación que es fiel a la verdad consagrada por la ley estatal: *hay crisis, no se puede atender a todos igual*. En decenas de ocasiones, ante la insistencia de vecinos y acompañantes para que se les diera un alta perdurable en el sistema según señalan las instrucciones del SERMAS, la respuesta ha sido: *¿pero entonces, para qué han hecho la ley?* Repreguntamos aquí no por la finalidad sino por la forma de hacer: *¿pero entonces, cómo y con qué ha funcionado esta ley?*

Intrincados con las normas y su uso, otros discursos, otros micro poderes entran en juego con la experiencia del concepto de “crisis”. Conducirse conforme a la “eficiencia” o el “ahorro” es uno de ellos. Tanto el texto del Real Decreto

---

<sup>11</sup> Estas preguntas nacen de la reflexión con las compañeras y la profesora Ann Stoler en el seminario “*Project Conceptualization*” (Conceptualización del Proyecto) al que asistí en el Departamento de Antropología de The New School, Nueva York, en el otoño de 2013. Stoler señalaba la importancia de hacer preguntas que interrogaran a la “historia negativa”: pensar el evento para incluir la imaginación de lo que podría haber pasado, alumbrando así momentos de ruptura en los que plantearse el sentido común, el sinsentido y las posibles aperturas.

como las instrucciones del SERMAS establecen unas excepciones para que las personas sin tarjeta sanitaria puedan tener atención sin tener que pagar en supuestos de urgencia, embarazo o si son menores o víctimas de persecución o trata. Estas excepciones se han incumplido sistemáticamente en los centros sanitarios de Madrid y también de fuera de esta comunidad autónoma<sup>12</sup>. Tomo prestada una historia vivida por dos amigos del grupo de acompañamiento del barrio (Elena y Nacho) en el verano de 2015, en un hospital de Castilla y León. La narro entremezclando algunas de sus palabras con las mías:

Una persona, no se sabe muy bien quién pero sí que trabaja en el hospital, cuelga un cartel en la parte de dentro del mostrador de admisión de urgencias. Ordena que se facture a todos los menores extranjeros. En una conversación que tuvo un compañero con un gestor del hospital, éste le contaba que era importante que no se dejara de facturar a todas las personas que había que facturar, sobre todo a los menores turistas pues, según afirmaba, en esa localidad había muchos. Quería hacer bien su trabajo. Facturar era importante *ahora*.

Los papeles para identificar a las personas que venían sin tarjeta por urgencias eran a su vez para facturar: a las mutuas de accidentes o de trabajo, a los sistemas de salud de otras comunidades autónomas, a los seguros privados, a los seguros en otros países, a la persona que tuviera alguno de estos y que luego podía reclamar el coste. El gestor quedó sorprendido cuando conoció que podía haber menores extranjeros sin tarjeta sanitaria ni ningún seguro detrás, que no podían reclamar a nadie el pago y a los que la propia ley decía que no había que facturar. Facturarles era pedirles dinero por la atención, un dinero que probablemente sus padres no tengan, con el resultado de que la próxima vez se pensarán si acuden al hospital con sus hijos. Nadie de dentro del sistema, se lamentaba este gestor, se lo había contado. Tenían que venir de fuera a contárselo. (Agosto de 2015).

Si en Madrid la distribución de las instrucciones del SERMAS donde se especifican normas con respecto a estas excepciones fue tímida (Capítulos 3 y 6), desde el Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl) no se preparó documento

---

<sup>12</sup> Se pueden consultar los informes de Yo Sí Sanidad Universal o Médicos del Mundo, entre otros.

alguno sobre la aplicación del decreto estatal<sup>13</sup>. Este gestor de hospital le decía al compañero que no había notado que cambiara nada desde que se aprobó la ley en 2012, a pesar de que en su hospital, tal y como he podido conocer por otras fuentes, se han dado situaciones dramáticas: una madre acudió de parto a urgencias con diversas complicaciones clínicas tras haber intentado dar a luz en su casa porque en el hospital la iban a cobrar; el menor de la historia que he relatado antes tendrá molestias constantes en el brazo al no poder acudir a una rehabilitación que le han dicho que le cobrarán.

Lo que sí sabía el gestor era que *ahora* había que facturar. Los papeles que rellenan las personas sin tarjeta sanitaria cuando entran a un hospital por urgencias no reflejan su situación de modo que el alta que les dan en el sistema informático inicia automáticamente el proceso de facturación (Capítulos 3 y 6). Además, este gestor está sometido a controles y evaluaciones periódicas sobre objetivos cumplidos, evaluaciones en las que se examinan las facturas (llamadas “facturas a terceros”) que se emiten por la atención prestada por urgencias a personas “sin cobertura”. Todo ello conforma una guía de acción en lo cotidiano que no tiene necesariamente una correspondencia con los ingresos que de facto obtenga el hospital. Que se cobren o no esas facturas depende de las gestiones de “los de arriba”. De hecho, en su mayoría no se cobran (Capítulo 4)<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Así lo afirmó el que fuera hasta mayo de 2015 consejero de Sanidad de esta región, José Ignacio Echániz, en un encuentro organizado por la Asociación de Informadores de la Salud ANÍS el 5 de noviembre de 2013. “No da tiempo”, respondió cuando una periodista le pregunto si su consejería iba a publicar alguna instrucción de aplicación del decreto estatal. Se puede consultar el vídeo íntegro aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=9h2qTUzpZzs>. El nuevo gobierno de Castilla La Mancha que salió de las elecciones de mayo de 2015, encabezado por el Partido Socialista apoyado por Podemos, pidió en agosto de ese año la derogación del decreto estatal y anunció que las personas sin papeles podrían acceder al sistema de salud, aunque a fecha de cierre de esta tesis aún no se conocen los detalles del cómo.

<sup>14</sup> El 12 de agosto de 2015 la Cadena SER publicó en su página web una noticia en la que, contando con fuentes del Ministerio de Empleo, el encargado de gestionar las facturas por atención sanitaria prestada a ciudadanos europeos, afirmaba que “El gobierno desconoce si

### 1.2.3 Excepción, riesgo, seguro

El investigador en economía de la salud David Stuckler y el epidemiólogo Sanjay Basu presentaron en 2013 su libro titulado *Why Austerity Kills (Por qué la austeridad mata)*, en el que argumentan que el problema de la crisis reside en la mala gestión de los gobiernos. Los autores analizan “el coste humano” de las crisis económicas: desde la Gran Depresión estadounidense de la década de 1930 hasta la actualidad, muestran cómo las políticas que recortan en sistemas de salud y protección social (sistema sanitario, protección al desempleo y políticas de vivienda) no sólo no producen crecimiento del PIB sino que engendran más enfermedad y más muerte de personas. La retirada de tarjetas sanitarias pero también los pagos por medicinas y/o pruebas o consultas resultan en menos gente accediendo al sistema sanitario y más personas que solo acuden a un centro de salud o un hospital cuando ya no pueden más, lo que es más costoso tanto para la salud de las personas como para la salud pública y para el propio sistema.

Los datos están ahí, señalan estos autores: demuestran que las políticas llamadas de austeridad no son la solución a la crisis. Los gobiernos deberían tomar decisiones informadas y, si lo hicieran, invertirían en sanidad y educación, en protección social y políticas de vivienda. Además de promover el crecimiento del PIB, salvarían vidas.

David Stuckler forma parte de un grupo de economistas e investigadores de sistemas sanitarios y de protección social que intenta producir conocimiento sobre políticas públicas para apelar a los gobiernos y apoyar un viraje, desde lo

---

España cobró toda la asistencia sanitaria a europeos”  
[http://cadenaser.com/ser/2015/08/11/sociedad/1439279456\\_939658.html?ssm=14092012-Ser-rs-1-fb](http://cadenaser.com/ser/2015/08/11/sociedad/1439279456_939658.html?ssm=14092012-Ser-rs-1-fb). Para un análisis sobre este asunto ver el capítulo X.

que llaman austeridad hacia la inversión pública<sup>15</sup>. Su trabajo es amplio, riguroso, persistente y muy útil para conocer los efectos devastadores e ineficaces de unas políticas cuyos promotores presentan como de sentido común. Está situado, sin embargo, en los márgenes de su propia disciplina académica y de los lugares de decisión de los gobiernos. En su libro, Stuckler y Basu relatan cómo presentaron sus datos al gobierno griego y este “trató de desacreditarlos”. En la sexta conferencia de la Asociación Europea de Salud Pública, a la que asistí en Bruselas junto con Irene Rodríguez, una compañera de Yo Sí Sanidad Universal (Capítulo 5), Stuckler y sus compañeros se encontraban entre pares afines. Aún así, su trabajo fue el centro de una discusión sobre cómo “vender” esos datos de modo que los gobiernos europeos los tuvieran en cuenta e invirtieran en salud pública, algo que no están haciendo.

Stuckler y Basu no impugnan el concepto de “crisis” sino que parten de él para mostrar cómo la experiencia de la crisis se ha desatado por las medidas que los gobiernos han adoptado para “salir de ella”. Sin restarle un gramo de utilidad a estos estudios aquí pretendo explorar cómo el concepto de “crisis” se alimenta de las lógicas que animan estas medidas y consigue perdurar sin verse apenas afectada por lo que estudios como el de Stuckler y Basu puedan demostrar en su contra. Tres de esas lógicas que animan las medidas llamadas de “austeridad” son: la de la excepción, la del riesgo y la del seguro.

Las medidas de excepción son las que se toman cuando se ha declarado una crisis; la crisis es lo que justifica esas medidas. Ha sido en ese espacio de

---

<sup>15</sup> El 18 de septiembre de 2015 se presentó una declaración a favor de la cobertura universal en sanidad, firmada por 267 investigadores, entre ellos economistas, de 44 países. Lawrence H Summers et al., “Economists' Declaration on Universal Health Coverage”, *The Lancet*: [http://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2015/economists\\_endorse\\_universal\\_health\\_coverage.html#sthash.4GAy5Qcz.dpuf](http://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2015/economists_endorse_universal_health_coverage.html#sthash.4GAy5Qcz.dpuf) (último acceso 24 de octubre de 2015).



excepción donde se ha jugado la aplicación de la ley sobre acceso a la atención sanitaria en el sistema público. Un espacio que se ha ido llenando de interacciones entre procesos y dispositivos que se relacionan sin seguir un plan que se derramara desde arriba sino compitiendo, luchando y confluyendo en un patrón común que se ha ido dando en la práctica (Nicos Poulantzas en Hunt 1994): por sistema se ha denegado la atención continuada y los medicamentos financiados a las personas sin tarjeta; se han facturado las urgencias por sistema (Capítulo 6).

Un patrón común hecho de pequeños, cotidianos juicios sobre el valor que tiene y el riesgo que implica tratar a una persona sin tarjeta con respecto a lo que se considera es la norma y las lógicas (de conocimiento experto, de jerarquías, burocráticas, de empresa) con las que la norma se interrelaciona en su despliegue:

Las personas tienen un perfil, un alta, en el sistema informático. En ella hay espacio para escribir notas sobre su situación. También se pueden escribir notas en el espacio reservado para la cita que tiene esa persona con un profesional sanitario, de modo que tanto la auxiliar que la recibe en el mostrador como la médica o la enfermera pueden conocer en un golpe de vista al ordenador datos que otros antes que ellos han considerado pertinentes para la cita. Es lo que se llaman *flashes*. Llevan fondos llamativos, amarillos o rojos y “saltan” en la pantalla cuando pinchas en el alta o la cita de la persona. Hasta septiembre de 2012 se usaban para comunicar información clínica pero también para anotar si el paciente acudía “con frecuencia” a la consulta<sup>16</sup>. Desde el decreto también se usan para escribir si la persona tiene o no tiene tarjeta sanitaria activa y a qué tiene o no tiene acceso. Hemos tenido conocimiento de varios.

La primera vez que fui con una persona a un centro de salud a principios de septiembre de 2012 la auxiliar administrativa nos decía que no podía darnos cita porque en el historial de mi compañera había un *flash* en rojo que decía “no citar, sin tarjeta sanitaria”. Esto a pesar de que, según las

---

<sup>16</sup> Estas notas sobre “hiperfrecuentación” son un modo de hacer que se relaciona orgánicamente con las notas que se comparten ahora en los flashes, aunque tienen diferencias. Ambas son información que se usa para actuar poniendo en el centro el acceso. Pero si en la primera las acciones, si se trata de restringir acceso, son disuasorias, en la segunda son denegaciones directas. Abordo con más detalle la categoría “hiperfrecuentación” en el Capítulo 6.

instrucciones del SERMAS, los tratamientos iniciados antes de septiembre de 2012, como era el caso, se tenían que proseguir. En otra ocasión una compañera nos informó de un *flash* en otro centro de salud que rezaba: “No le corresponden ni medicinas ni tiras de diabetes. ¡¡¡Ojo!!! Según TSI, la (sic) caducó la prórroga de asistencia en abril de 2014”<sup>17</sup>. En ese centro era práctica habitual escribir esos *flashes*, nos informaba la compañera.

(Relato construido a partir del conocimiento compartido sobre el terreno desde 2012. Escrito en agosto de 2015).

Lo que anima estas inscripciones, brevísimas líneas en un circuito de información técnica o “administrativa” que corre entre profesionales, es la pregunta de qué entra y qué no en el “seguro” de esta persona. Y si corremos el “riesgo” de dar más de lo estipulado.

*¡¡¡Ojo!!!*

El riesgo es un concepto clave sobre el que pivotan formas de gobierno y subjetivación neoliberales en las sociedades de seguridad (Michel Foucault 1978, 1979; Jonathan Xavier Inda 2006; Christian Laval y Pierre Dardot 2013). Tal y como explica Robert Castel (2006), a diferencia de las sociedades de semejantes, en las que había estratificación social pero también una protección por parte del Estado a los grupos sociales en base a su condición de trabajadores, en las sociedades de “inseguridad social”, deshecho el trabajo como vínculo de seguridad social es el individuo el que se ha de hacer cargo de enfrentarse al riesgo y proveerse, en el mercado privado y/o público, de los servicios necesarios para asegurarse frente a la enfermedad o el desempleo. Más aún, debe construirse como un sujeto que se conduce de esa manera. Es lo que Bill Maurer llama el “*risk profile*”, el perfil de riesgo de cada individuo y su capacidad para proveerse de aseguramiento (Bill Maurer 1999).

---

<sup>17</sup> TSI se refiere al equipo dentro del SERMAS que se ocupa de los trámites de Tarjeta Sanitaria Individual. Comunicación personal, 10 de agosto de 2015.

En España, con un derecho a la asistencia sanitaria que nació ligado al trabajo, se iban dando pasos hacia una cobertura universal basada en la condición de vecino o vecina, si bien persistían estratificaciones administrativas construidas históricamente en base a la situación laboral y de ingresos. El decreto de exclusión sanitaria desanda esos pasos y, al tiempo, ahonda en el avance hacia el seguro individual.

Si bien el texto de la ley se preocupa de insistir que el aseguramiento es una figura presente en todas las leyes de sanidad anteriores y en las legislaciones y modelos sanitarios europeos, esta “recuperación” implica un viraje: de un seguro que se ligaba al trabajo, que actuaba como vínculo social en esas sociedades protectoras, a una distinción que crea contexto: ahora cada cual debe mirar por sí mismo. Un contexto en el que se insertan operaciones de gobierno específicas sobre aquellos que fallan, sobre los “irresponsables”, a los que se deja morir.

Lo que ha mutado es el valor que damos en el sistema sanitario al vínculo social que éste puede atar al permitirnos una manera de hacernos cargo los unos de los otros. Es así como el decreto de exclusión sanitaria hace avanzar la lógica y la práctica neoliberal en lo cotidiano, deshaciendo vínculos de seguridad social. De estas condiciones es, al tiempo, de donde partimos en las rebeliones cotidianas. Volvamos al ejemplo de los *flashes* en las historias electrónicas:

*Hola, soy médica de urgencias y quería saber si es legal que en un sistema médico que utilizamos en urgencias... si es legal que nos pongan alertas administrativas sobre si alguien tiene o no tarjeta o es de área. Francamente me importa un pepino y no sé por qué tengo que saberlo para mi ejercicio profesional.* Este mensaje llegó a la página de Facebook del movimiento Yo Sí Sanidad Universal y lo comparto porque la propia profesional también lo publicó, con la foto del flash de advertencia al que se refiere, en su perfil en redes sociales en la primavera de 2014.

### 1.2.4 Gobierno de crisis y los ingobernables

En la caja de herramientas que construyó Michel Foucault con su concepto gubernamentalidad resulta útil aquí la reflexión que hizo en sus últimas obras sobre el gobierno de sí, la ética de sí, la forma de conducirse con respecto a uno mismo y a los demás, la forma en la que uno se construye como sujeto moral. Si bien su foco más importante fue la exploración de cómo se construyen sujetos subyugados, también investigó cómo esas técnicas de sí (por ejemplo, el placer sexual en *La Historia de la Sexualidad*) pueden ser formas de no dejarse gobernar (“así, de esa manera”) y, por tanto, de desubjugación y continuo auto bricolaje<sup>18</sup>. Es por esta convergencia entre ser gobernado y gobernarse que Foucault señala que la ética de sí es indisociable de la política, entendida como imaginación y práctica de otras formas de gobierno de sí y de otros (Paul Rabinow 1982)<sup>19</sup>.

Para ello, para hacer política entendida de esta manera, es necesaria una crítica, un disenso con esa forma que nos gobierna “así”. La “crisis” es uno de esos discursos que nos gobiernan así, de esa manera, un dispositivo que taponar el disenso: *ya no nos lo podemos permitir...* Este estatus de “crisis” engendra, dice Roitman, una política de crisis, que busca soluciones a una situación a la que no

---

<sup>18</sup> Se puede consultar un texto del que me ocupo más abajo, *What is Critique?* (conferencia pronunciada en 1978), el primer volumen de *La Historia de la Sexualidad* (publicado en 1978) y la entrevista con Gilles Barbedette de 1981. También todos sus demás escritos sobre *Ethics, Subjectivity, and Truth* (1982) editados por Paul Rabinow como primera parte la serie *The essential works of Michel Foucault, 1954-1984*.

<sup>19</sup> La cuestión de la intencionalidad ha sido ampliamente discutida. En el artículo ya citado del sociólogo Alan Hunt sobre Foucault se aborda de forma profunda, que resumo simplificada aquí: no es que la intención sea que la madre de Saiful lo pase muy mal por no poder ir al médico sino que la forma de conducirse de los sujetos es resultado de la vida social, que construye una subjetividad en la que los individuos viven la experiencia de sí mismos y conforme a la cual se conducen de una determinada manera. Ni totalmente determinados por esa vida social ni individuos libres que toman decisiones informadas, los sujetos se construyen a sí mismos, atravesados por guías de acción. Lejos de servir de justificación de un relativismo moral, este punto de vista arroja una apertura: siempre hay formas de comportarse de otra manera, de gobernarse de otra forma, de imaginar y practicar contra conductas.

interroga: “crisis” coloca la discusión fuera de ella, en los tipos de soluciones que hay para “gestionar” el error. *Ahora no hay dinero, ahora no se puede, para eso estáis vosotras y otras ONGs*, nos decía la auxiliar administrativa.

¿Política de crisis? ¿O norma de gobierno de crisis? Apoyándonos en el filósofo Jacques Rancière, más que una política de crisis prefiero hablar de gobierno de crisis. Política, según Rancière, es algo que se da muy poco. A aquello que distribuye los cuerpos y las partes de la comunidad, que regula lo que se ve y lo que se dice y lo que se escucha y lo que no, a aquello que tapona el disenso Rancière lo llama *police*, policía, norma de gobierno. En palabras de Ainhoa Montoya, “una determinada configuración de la comunidad política, con una distribución particular de roles y funciones”<sup>20</sup>. Política es, o más bien sucede, según Rancière, cuando algo “rompe con la configuración tangible”, cuando se cuestiona esa particular configuración de roles y funciones; cuando las partes que, por definición, no tienen parte en la comunidad política reconfiguran la situación, “hacen visible lo que no lo era y hacen audible un discurso donde antes este era solo ruido” (Rancière 1999: 31). Así, si policía es una distribución de partes y cuerpos, de roles y funciones, de lo que se dice y se escucha y lo que no, la asunción de una igualdad entre los seres hablantes, que toman parte aunque no la tengan, al chocar con el proceso de la policía, hace que emerja la política (Ibid). Esto es, en las formas de hacer que no se gobiernan conforme a la “crisis” es donde se da la política. En la historia del hospital de Castilla y León, a la regularidad que guiaba la conducta del gestor del hospital - *que no se pase ni una factura* - Álvaro, el compañero que conversó con él, le inoculó un disenso, una

---

<sup>20</sup> Comunicación personal, 28 de octubre de 2015.

regularidad diferente, una forma de no gobernarse, o al menos de no hacerlo así, de esa manera: *¿qué tal si no dejamos pasar ni un derecho, a nadie, ni uno?*

#### 1.2.5. Últimos desarrollos: lucha y policía

El 2 de septiembre de 2015 el gobierno central presentó el programa especial para incluir de nuevo a las personas sin papeles en el sistema sanitario<sup>21</sup>. Unos días antes había tenido lugar una reunión con los representantes de los gobiernos de las Comunidades Autónomas. La propuesta del Ministerio de Sanidad fue: se crearía una identificación especial para este grupo de personas, que estarían registradas en un archivo creado ad hoc dentro de la base de datos del SNS y deberían contar con un año de empadronamiento, requisito que se redujo a 6 meses después de la reunión<sup>22</sup>.

En Madrid, la nueva presidenta del gobierno regional, Cristina Cifuentes, del PP, anunció unos días antes de esta reunión un programa similar al del gobierno central mientras que los grupos de la oposición en la Asamblea de Madrid presentaron un texto que pedía al gobierno regional garantizar el acceso de personas sin papeles y exiliadas a la asistencia sanitaria<sup>23</sup>. En la última semana de agosto, varias instancias del SERMAS enviaron tres instrucciones a los centros de salud ordenando: 1) que se atendiera a todos los inmigrantes, con y sin papeles; 2) que se les diera de alta en el sistema informático con la figura — llamada TIR— que permitía la “continuidad asistencial” —citas y derivaciones a especialistas— hasta que el programa anunciado se pusiera en marcha; 3) que se

---

<sup>21</sup> La nota de prensa del Ministerio de Sanidad se puede consultar aquí: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3743>.

<sup>22</sup> <http://cadenaser00.epimg.net/descargables/2015/08/28/c4cf580ca910975cd7ada40f9cfc5e59.pdf>

<sup>23</sup> El 30 de julio de 2015, el PSOE presentó, con el apoyo de Podemos, una Proposición No de Ley que instaba al gobierno regional a garantizar la asistencia sanitaria a los sin papeles y a los exiliados. Ese día, tanto esta como todas las demás proposiciones presentadas por la oposición se aprobaron en el pleno de la Asamblea, algo inaudito hasta entonces. El Boletín Oficial de esa sesión se puede consultar aquí: [http://www.asambleamadrid.es/BOAM/BOAM\\_10\\_00011.pdf](http://www.asambleamadrid.es/BOAM/BOAM_10_00011.pdf).

utilizara un alta informática de nueva creación para las personas que necesitaran medicación, llamada DAR<sup>24</sup>. Estos tipos de altas informáticas no eran, sin embargo, nada nuevo dentro del SERMAS. El TIR existía y se podía usar desde el primer día que entró vigor el decreto estatal, el 1 de septiembre de 2012. EL DAR sí era nuevo aunque ya existía un procedimiento creado por la administración para la medicación, que no se había difundido pero que cuando se utilizaba para medicaciones costosas y/o para enfermedades graves y/o crónicas siempre daba resultado. Es en el verano de 2015, con los gobiernos de las comunidades autónomas en rebeldía, cuando se insiste desde dentro del SERMAS en que hay que atender de forma continuada a “todas las personas inmigrantes con o sin documentos”<sup>25</sup>.

Aunque el anuncio de los programas especiales se puede interpretar desde el punto de vista de las estrategias electorales, como respuesta a la oposición al decreto de exclusión que se ha mostrado desde diversos lugares (institucionales, profesionales y ciudadanos), aquí centro el análisis en otro aspecto. Por un lado, estos movimientos por arriba permiten a las personas tener más herramientas para luchar por el acceso a los centros sanitarios y hacen más fácil y legítimo el trabajo de las personas que les atienden. Por otro, la creación de un programa especial es lo propio de la policía: las prácticas en las que se trenzan la lógica del seguro y el dejar morir otorgan algo más de valor a la contención de la vulnerabilidad.

---

<sup>24</sup> Las tres instrucciones del SERMAS, junto con las preparadas por el movimiento Yo Sí Sanidad Universal para explicar el proceso de dar las altas en el sistema informático se pueden consultar aquí: <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/instrucciones-para-dar-de-alta>.

<sup>25</sup> Carta del 21 de agosto de 2015, del Director general de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del SERMAS, César Pascual Fernández, a los Directores de Centros de Salud. Ver Capítulo 6.

Hasta aquí hemos visto cómo impugnar el concepto de “crisis” nos ayuda a entender de qué están hechas las situaciones de exclusión, pues esa impugnación coloca el discurso de la “crisis” dentro de las situaciones, formando parte de ellas, en vez de en un afuera que las pudiera explicar, taponando el disenso sobre lo que en ellas sucede. Ahora voy a dedicar las próximas líneas a intentar responder a la pregunta de qué tipo de crítica se puede hacer si no partimos de “crisis” — de un diagnóstico de error — para hacer investigación, en este caso sobre el despliegue de la exclusión sanitaria en Madrid a través de una forma de gobierno que deja morir.

### 1.3 Crítica, formas de hacer investigación

*Con su connotación médica, la crisis fue durante toda la modernidad esa cosa natural que ocurría de manera inesperada o cíclica motivando la toma de decisiones destinadas a poner término a la inseguridad general de la situación crítica. El final era feliz o desafortunado según la idoneidad de la medicación aplicada. El momento crítico era también el momento de la crítica; el breve intervalo en que el debate acerca de los síntomas y la medicación estaba abierto. Actualmente ya no hay nada de eso. No existe remedio para poner fin a la crisis. Por el contrario, la crisis es desencadenada con vistas a introducir el remedio. Ahora se habla de “crisis” para designar aquellos que se tiene la intención de reestructurar, así como se llama “terrorista” a aquellos que uno se prepara para golpear. Comité Invisible, A nuestros amigos, 2015: 23.*

El Comité Invisible plantea que la “crisis” ya no es el momento puntual de la crítica, de la discusión sobre los remedios a la misma, sino el momento perdurable de la gestión, de la reforma sin fin. En *Anti-crisis* Janet Roitman plantea la búsqueda de otra forma de crítica que no parta del concepto de “crisis”; en ciencias sociales, crisis de un marco epistemológico o de un paradigma histórico. La disputa sobre el conocimiento de los eventos, la crítica, puede hacerse sin tener como pregunta central la cuestión del error y sus causas.



Pero, si no nos preguntamos por qué fue mal, ¿por qué nos preguntamos? ¿qué tipo de crítica podemos hacer? ¿con qué rompe la crítica si no es con un cambio de época o con un marco epistemológico erróneo? ¿cómo es la subjetividad ética a la que puede dar forma? ¿qué guía de acción ético-política puede anclarse en una crítica que no parta del concepto de “crisis”? Estas cuestiones han guiado mis planteamientos epistemológicos en esta tesis, que desde ese punto de vista es un intento de suspender el concepto de “crisis” como punto de partida de la crítica y preguntarse por el disenso entre formas de hacer, de gobernarse.

La pregunta sobre la subjetividad ética y política que puede darse forma a partir de los intentos con otras formas de gobernarse no es solo una pregunta epistemológica y analítica; es también experiencial, práctica. El continuo cuestionamiento del “trabajo de campo” y de su relación con la actividad política, con los afectos, con las relaciones personales; la investigación como parte de un proyecto crítico, ético-político, que rebasa el marco institucional y al tiempo forma parte de él han marcado cada paso de las derivas que han tomado mis formas de hacer investigación en la práctica.

Quizá el lector pueda entender mejor lo que intento explicar si doy cuenta de un intercambio entre dos textos académicos que han resultado clave en mis formas de hacer investigación: la conferencia de Michel Foucault titulada “*Qu’esse que la critique?*” (1978) y el artículo que Judith Butler escribió al hilo, “*What is Critique? An Essay on Foucault’s Virtue*” (2002)<sup>26</sup>. Lo que se dicen estos textos, y

---

<sup>26</sup> El texto de Foucault que uso aquí es la traducción al inglés de Lyssa Hochroth y Catherine Porter. El artículo de Butler es el publicado tras su conferencia *Raymond Williams Lecture* de Mayo de 2002. Si bien los había leído antes, fue el trabajo que hicimos en el seminario de Ann Stoler en el otoño de 2013 en The New School, con los dos textos juntos, el que me ha permitido elaborar estas guías para la investigación. En castellano, el título de la conferencia de Foucault es

lo que dicen a otras lecturas y experiencias que he tenido, es que la forma que vamos dando a cómo nos conducimos — también, y sobre todo, cuando hacemos investigación — es la forma que nos vamos dando a nosotras mismas y al modo en que nos gobernamos. Es en ese proceso que podemos producir conocimiento que nos permita desubjugarnos, siempre siendo conscientes de la relación intrincada entre conocimiento y dominación. En ese sentido, las derivas que ha ido tomando mi investigación, y que explico más abajo, tienen que ver con un intento, plagado de dudas, de tropiezos y de oscuridades, con relacionarme con lo que hacía de una manera crítica y ético-política.

La crítica como actitud es lo que propone Michel Foucault a una audiencia de filósofos, de la Sociedad Francesa de Filosofía. “Una cierta manera” de conducirse, “una relación con lo que uno hace, con la sociedad, con la cultura, con los otros”; una suerte de “virtud” que va más allá del imperativo general de “erradicar errores” en la producción de conocimiento. Una práctica que se da en las fronteras, que es “un análisis histórico sobre los límites que se nos han impuesto” y sobre aquellos que “nos han llevado a constituirnos como sujetos”. Así, la crítica se hace en relación a otra cosa, a una norma, por ejemplo, a una forma de conducir(se). Se lanza a investigar qué regímenes de verdad y poder nos gobiernan y hacen más posible unas formas de vida y menos otras. La crítica, en definitiva, es esa actividad práctica que se pregunta, continuamente, en cada situación, “cómo no ser gobernado de esa manera; es el arte de no ser gobernado tanto, así, por esos”. Si uno tiene la posición de hacer uso público de la crítica, como la tienen los académicos, la exigencia es la del coraje, la de empujar hacia una crítica que sea contra conducta, que nos sirva para conducirnos ingobernables.

La crítica como desuyugación, dice Butler, crítica como una forma de exponer los límites de lo que es posible. Supone incluso poner en peligro “la propia formación de uno mismo como (un) sujeto” que sea reconocible y reconocido por otros. La estética, la forma que nos damos al hacer crítica, está unida a la ética y a la política ahí en ese punto en el que

---

“¿Qué es la crítica?” (ver traducción de Javier de la Higuera: <http://revistas.um.es/daimon/article/viewFile/7261/7021>); el de Butler “¿Qué es la crítica? Un ensayo sobre la virtud de Foucault” (ver traducción de Marcelo Expósito revisada por Joaquín Barriendos: <http://eipcp.net/transversal/0806/butler/es>). Todas las traducciones en este texto son mías. En su libro, Roitman también discute estos textos y señala que tanto Foucault como Butler no escapan a ese enraizamiento de la crítica en “la crisis”. Para Foucault, la crisis de la humanidad occidental. Para Butler la del marco epistemológico. En mi caso, las reflexiones de estos dos autores, situadas e históricas, me han ayudado, igual que me ha ayudado Roitman, a aplicar a “la crisis” la práctica de la crítica.

practicamos la virtud de “tomar un punto de vista en un orden de verdad establecido”, ese punto de vista que nos da forma y al tiempo nos pone en peligro. Pero ¿puede uno tomar una posición crítica frente a la norma? ¿Cómo es posible eso si es la propia norma la que nos conforma? Butler dice que “la norma no es externa al principio por el cual se forma el sujeto” y, sin embargo, “partiendo de los términos en los que la existencia es posible” podemos darnos otra forma a través de la práctica de la crítica “logrando una distancia crítica con la autoridad establecida”. O, en palabras de la antropóloga Verónica Gago, un “realismo de la potencia”: no se trata de adecuarse a lo posible sino de partir de las condiciones existentes para *abrir un posible*<sup>27</sup>.

Crítica pues ligada a una suerte de estética, de forma, una estilización que fue parte de lo que la tradición normativa criticó a Foucault. Sin embargo, aquella frase de Foucault que se pregunta si podemos hacer cada una de nosotras de nuestra vida una obra de arte no necesariamente implica una estilización hacia un modelo ideal y sí el trabajo de darse forma en cada situación, en la experiencia, con la práctica de la crítica, cada vez.

Cada vez; continuo cuestionamiento de las formas de hacer y de conducirse, incomodidad constante que se aborda en cada situación. Una ética del *discomfort* como la que proponía Foucault es aquella que basa la relación que una establece consigo misma, con los demás y con el presente, con las cosas que pasan, en la experiencia de esas cosas. No se trata de definirse, de tomar una posición respecto a todo, sino de dejarse afectar por las experiencias de los eventos que suceden, porque “quién es uno emerge de los problemas con los que uno pelea” y “las identidades se definen por las trayectorias”. Por tanto, la ética del *discomfort* no es una demanda para que el sujeto escoja un *vantage point* desde el que ética y políticamente actúa. Es una demanda para que el sujeto esté dispuesto a problematizar continuamente, a “nunca consentir en sentirse completamente cómodo con las propias presuposiciones,” a “no permanecer de acuerdo consigo mismo,” a hacer un continuo auto-bricolaje de uno mismo, a estar dispuesto a errar, a perderse, a dudar. El pensamiento, por tanto, es libertad, la libertad por la cual “uno se separa de lo que hace, lo establece como un objeto y reflexiona sobre ello como un problema (...) El pensamiento no es algo dado, es una acción: acciones que nacen de la experiencia y está formadas por el pensamiento son acciones éticas” (Foucault en Rabinow 1979: 443-8).

En la investigación etnográfica, esta ética del *discomfort* forma parte de una epistemología que construye su objeto de estudio como una problemática. Que se pregunta *¿por qué la pregunta de mi investigación*

---

<sup>27</sup> Amador Fernández-Savater, Marta Malo y Débora Ávila entrevistan a Verónica Gago, “El neoliberalismo hoy es una paradoja que desdibuja la frontera entre arriba y abajo, explotación y resistencia”, eldiario.es, 27 de marzo de 2015, [http://www.eldiario.es/interferencias/neoliberalismo-economias\\_populares\\_6\\_371022904.html](http://www.eldiario.es/interferencias/neoliberalismo-economias_populares_6_371022904.html) (último acceso 6 de septiembre de 2015).

*merece ser respondida?*<sup>28</sup> Una epistemología atenta a lo particular, a lo heterogéneo, a lo histórico. También esta ética forma parte de una metodología, unas formas de hacer investigación que no funcionan como un *toolkit* sino que están siempre abiertas, dispuestas a errar, a cambiar y que tienen en cuenta los compromisos políticos que la etnógrafa asume al realizar la investigación. Finalmente, una ética que forma parte también de las decisiones que como antropólogas tomamos sobre cómo escribimos, qué dejamos fuera y qué dentro, qué forma le damos y cómo compartimos los productos de nuestra investigación, con quién y con qué fin<sup>29</sup>.

Foucault enunciada el término “moral teórica” en cuyo nombre “se despliega la problemática de la gubernamentalidad” en contraposición a los “cálculos de los estrategas” (Foucault 2008: 356). Una moral teórica con una guía: “ser respetuoso cuando una singularidad se subleva e intransigente cuando el poder transgrede lo universal”; o en palabras de Butler, “la crítica significa poner primero los derechos universales, como límites del poder de la ley” (2002).

Lo universal, los derechos como suelo a proteger. Y, al tiempo, suelo desde el que iniciar una búsqueda de nuevas formas, relaciones, vínculos, que nos permita sostener las vidas más autónomamente. En cuestión de dos años aparecieron dos textos de Foucault. En uno, de 1984, apoya a organizaciones como Amnistía Internacional y defiende los derechos humanos como un límite del gobierno no sólo de los estados sino también de los otros actores de gobierno que él se esforzó por explorar. El otro es una entrevista con Gilles Barbedette de 1982, titulada “El triunfo social de la voluntad sexual”, en la que éste le pregunta sobre la lucha de las personas homosexuales por sus derechos, en especial el matrimonio. Foucault responde: “En vez de destacar que los individuos tienen derechos fundamentales y naturales, deberíamos tratar de imaginar y crear un nuevo derecho relacional que permitiera la existencia de todos los tipos posibles de relaciones, sin que instituciones relacionalmente empobrecedoras pudiesen impedir las, bloquearlas o anularlas” (Foucault en Rabinow 1994: 158).

¿Es posible hacer estos dos ejercicios a la vez? Para ello, es necesario al

menos desechar una búsqueda de coherencia como fin en sí misma, en virtud del

<sup>28</sup> Esta es una de las preguntas clave del seminario con Ann Stoler.

<sup>29</sup> Estos párrafos sobre la ética del *discomfort* los escribí en el otoño de 2013 en Nueva York como parte de una propuesta de comunicación para el Congreso de la revista AIBR, que se celebró en el verano de 2015 y que finalmente no envié por falta de tiempo. Lo aquí resumido se aplicaba luego a un esbozo de investigación sobre “continuidades y rupturas entre dos espacios urbanos de Nueva York, el *Upper East Side* y *East Harlem* o *El Barrio*”. Respecto a las reflexiones sobre cómo y qué y dónde publicar son de gran valor las discusiones con mis compañeros Ainhoa Montoya, Víctor del Arco y Grégory Dallemagne, con quien organicé una conferencia en el otoño de 2014 en torno al acceso abierto, las publicaciones académicas y el conocimiento como bien público: <https://openaccessmadrid2014.wordpress.com/>.

compromiso con el análisis de las situaciones como parte imprescindible de un deseo y una práctica de transformación que trabaja con lo que ya hay.

Uno de los ejercicios necesarios para intentar comprender el despliegue de la exclusión es el que da cuenta tanto de lo extraordinario como de lo cotidiano, de lo que casi ni se ve. Dejar morir tiene una materialidad terrible: que conozcamos, ya han muerto tres personas, Soledad Torrico, Alpha Pam y Jeanneth Beltrán, por causa de la exclusión sanitaria<sup>30</sup>. Estaría satisfecha si este texto consiguiera dar el espacio suficiente para sentir insoportables estas muertes y, al tiempo, lograr la profundidad de análisis que nos permita conocer lo cotidiano de las situaciones que llevaron a ellas, el intolerable día a día de ese dejar morir. Para ello es necesario sacudirse de estrategias, de preguntas pre establecidas e interrogar a las historias. Para permitir al lector entender mejor este texto, cómo está hecho, de dónde viene, a dónde quiere llegar y que así pueda juzgar mejor el análisis, también tengo que interrogar a mi propia historia. Una historia que está marcada por las relaciones entre conocimiento y actitud crítica, entre la soledad de la escritura y lo colectivo del proceso de pensamiento, entre investigación y guías ético-políticas. De esta historia emerge el punto de vista de esta investigación que es un producto parcial y, al tiempo, encarnado.

---

<sup>30</sup> Soledad Torrico murió en Valencia el 20 de febrero de 2013 tras acudir a varios centros sanitarios y sufrir denegaciones de atención por no tener tarjeta sanitaria y amenazas de facturas; Alex Serrano Valencia, 2013, "Mi esposa ha muerto porque la ambulancia dijo que por un constipado no venían", *Levante El Mercantil Valenciano*, 24 de febrero de 2013, <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2013/02/24/esposa-muerto-ambulancia-dijo-constipado-venian/976997.html>. También se pueden ver el texto que publicó Red Latinas, "Por Soledad y por Solidaridad", 25 de febrero de 2015, <http://redlatinas.blogspot.com.es/2013/02/por-soledad-y-la-solidaridad.html> (último acceso a los dos enlaces 3 de noviembre de 2015). Alpha Pam murió de tuberculosis en Mallorca el 21 de abril de 2013 tras un periplo de denegaciones y amenazas de facturas en diferentes centros sanitarios. Jeanneth Beltrán murió en las urgencias del Hospital de Toledo el 23 de mayo de 2014. Estaba esperando a tener los papeles para ir al médico porque sin tarjeta sanitaria le facturaban la atención.

Tomo prestadas las palabras del sociólogo Pierre Bourdieu para introducir lo que sigue en el siguiente epígrafe, que trata de “explorar no la ‘experiencia vivida’ por el sujeto que conoce sino las condiciones sociales de posibilidad – y por tanto los efectos y los límites – de esa experiencia” (Pierre Bourdieu 2003: 282).

### 1.3.1 De los libros a la calle

Varias han sido las experiencias que me han guiado y perdido en esta tesis. Una de ellas ha sido conocer y leer a Hannah Arendt, a la que descubrí tarde, en 2008, gracias a las clases y los escritos de la antropóloga Miriam Ticktin (2005, 2006a, 2006b, 2010, 2011). Fue durante mi estancia en Nueva York para estudiar el Máster de Relaciones Internacionales, de 2008 a 2010. Llegué a ellas con un interés por “hacer algo” al respecto de la violencia y la exclusión que sufren las personas migrantes, que se conectaba con un deseo de hacer periodismo “de verdad” tras haber trabajado en labores de comunicación para empresas varios años después de licenciarme en Periodismo. Por supuesto, la célebre sentencia de Arendt sobre la necesidad de tener “el derecho a tener derechos” capturó mi imaginación (Arendt 1968). Lo sigue haciendo. Su presencia es evidente en algunas de las preguntas que lanza esta tesis: ¿es a través del reconocimiento de un estatus legal que podemos construir un vínculo que nos permita sostenernos? Teniendo en cuenta las formas de gobierno contemporáneas, ¿qué condiciones de posibilidad existen para construir otro tipo de vínculo? ¿Cómo lo imaginamos, lo narramos, lo practicamos? La presencia de Arendt es aquí casi inseparable de la de Ticktin, en cuyas clases aprendí a preguntar sin fin, en especial sobre cómo nos hacemos cargo las unas de las otras y cuál es la relación entre compasión e igualdad.

Durante esos dos años leí a más autoras, muchas de ellas antropólogas, que escribían sobre migración y derechos humanos. Sobre esa relación y cómo está atravesada por otros tantos mecanismos y procesos: el estado nación soberano y su vínculo con la ciudadanía<sup>31</sup>; las fronteras exteriores e interiores para las personas pobres, racializadas y sexualizadas tanto en la Europa de la libre circulación como en la Norteamérica de las oportunidades<sup>32</sup>; el lugar del movimiento de personas y de las construcciones de género, raza y etnia en el despliegue de los flujos de capitales globales<sup>33</sup>; la violencia contra los migrantes y refugiados, los campos de detención y los de refugiados; la propia idea del campo, del estado de excepción permanente y la relación de éste con el humanitarismo como su otra cara en la construcción de una *nuda vida* y como instrumento de contención ante el desborde de la precariedad de la vida<sup>34</sup>.

De ahí nació un interés por la exploración de la ley y la excepción, en concreto por las leyes y regulaciones administrativas sobre extranjería y su funcionamiento sobre el terreno, tema muy presente en los primeros bocetos de proyecto de investigación en los que trabajé a mi vuelta a España. Fue determinante en esa vuelta contar con el apoyo de la que sería mi directora de tesis, Liliana Suárez-Navaz, y profundizar en su trabajo sobre ciudadanía, personas sin papeles y fronteras, en especial su investigación sobre la relación entre la construcción de la frontera y la ciudadanía europea (2004, 2005, 2007 y

---

<sup>31</sup> Maxim Silverman 1992; Yasemin Soysal 2008, Roger Sanjek 2003, Maria C. Ferme 2004, Stuart Hall y David Held 1989, Ronen Shamir 2005, Wendy Brown 2008.

<sup>32</sup> Jennifer Hyndman 1997, Jonathan Simon 1998, Nicolás P. de Génova 2002, Susan B. Coutin 2006, Étienne Balibar 2004, Vilna Bashir 2004, Silvana Falcón 2006, Sally Engle Merry 2007 y 2009, Damani Patridge 2008, Liz Fekete 2009.

<sup>33</sup> Saskia Sassen 1984, Nancy Scheper-Hughes y Loic Waquant 2002, Lourdes Benería 2003, Richard D. Vogel 2007, Payal Banerjee 2006, Patricia Fernández Kelly y Douglas S. Massey 2007, Kimberly A. Chang y L.H.M. Ling 2000.

<sup>34</sup> Carl Schmitt 1996, Giorgio Agamben 1998, Michel Agier 2002, Prem Kumar Rajaram y Carl Grundy-Warr 2004, Amal Hassan Fadlalla 2008, Judith Butler 2009, así como, y sobre todo, la propia Ticktin 2005, 2006a, 2006b, 2010 y 2011.

2008)<sup>35</sup>. Durante todo el proceso, su trabajo empujándome a preguntarme más allá de la cuestión que yo le llevaba ha sido clave: si me preguntaba por la arbitrariedad del funcionamiento de las regulaciones y leyes de extranjería, ella me sugería que buscara también las regularidades; si focalizaba mis reflexiones sobre la ley como expresión de un poder soberano que se desvela justamente cuando esta ley está suspendida en la excepción, ella me impulsaba a leer y pensar sobre la dimensión social y simbólica de la ley; si dejaba a un lado el concepto de ciudadanía por el de vínculo, ella me hacía repensar al sugerirme que tuviera en cuenta los “aprendizajes de ciudadanía”.

Tras un parón de un año por cuestiones laborales, volví a retomar el proyecto en 2011, que sería un año clave: proseguía con lecturas pero salía a la calle.

Por un lado, la reflexión sobre textos nuevos y revisitados orientó mis borradores hacia la exploración de la vida social de los derechos. ¿Quién, cómo y de qué significado se está dotando a los derechos? (Ann Belinda-Pries 1996); ¿qué hebras de resignificación de derechos podemos explorar y a través de qué elementos? Además, la declaración de crisis ya era ubicua y la idea de la excepción, de la emergencia, resonaba fuerte no sólo en la retórica mediática de la frontera y la migración sino en todos los demás campos sociales, arrastrados a la ruina por la “caída” de los mercados financieros e inmobiliarios.

Mis lecturas y reflexiones versaban sobre el vaciamiento de los derechos, su precarización o desaparición, su contractualización o mercantilización (Margaret R. Sommers 2009). Una frase aparece recurrentemente en aquellos

---

<sup>35</sup> En la década de 1980 la diferenciación jurídica entre extranjero y ciudadano no estaba atravesada por las fronteras europeas. Los sin papeles no tenían acceso a un sistema sanitario que no se creó hasta 1986 y, sin embargo, como narra Suárez Navaz (2004), la condición compartida de jornaleros alimentaba un vínculo entre vecinos autóctonos y extranjeros.



escritos. Tras la reunión de ministros de Economía y Finanzas de la UE en Chipre en septiembre de 2012, una fuente de la Comisión Europea aseguró (*off the record*) a *El País*: “¿Un país tiene derechos? Sí, exactamente los que se puede pagar”<sup>36</sup>. Frente a ello, me interesaban las posibilidades de reclamar derechos en un ejercicio de subjetivación política, al testarlos en el espacio público (Jacques Rancière 2004, Juan Carlos Velasco 2013); de usarlos para demandar membresía en una comunidad política, a través de una operación común que crea *demos*, una *demos* que se pregunta y discute acerca de qué es la buena sociedad (Marti Koskineniemi 2002, Balibar 2004).

Derechos y ciudadanía, formas de ciudadanía en pugna en la ley y en la práctica, arbitrariedad en el acceso a derechos y negociaciones con la vida, con el cuerpo, para alcanzar derechos, así como instituciones de protección que funcionan como instituciones de control y violencia aparecen insistentemente en aquellos borradores siempre enmarcados en lo que llamaba entonces “el discurso de la emergencia”. Sin abandonar del todo las teorías sobre ley, excepción y soberanía ya mencionadas, comencé a hacer un intento por documentar ese uso discursivo de la emergencia y la excepción permanente y a pensar en ello como una forma de gobierno, como una guía para conducir y conducirse, en un intento muy vago en lo teórico pero decidido en el deseo de impugnar el concepto de “crisis”<sup>37</sup>. Una forma de gobierno que no sólo cerraba el acceso a los derechos sino que precarizaba la propia vida. Esta idea de que las

---

<sup>36</sup> Claudi Pérez, “Guindos pide ‘sacrificios’ para garantizar el estado del bienestar”, *www.elpais.es*, 15 de septiembre de 2012, [http://politica.elpais.com/politica/2012/09/15/actualidad/1347707418\\_273689.html#sumario\\_1](http://politica.elpais.com/politica/2012/09/15/actualidad/1347707418_273689.html#sumario_1) (último acceso 21 de octubre de 2015).

<sup>37</sup> Escribí una comunicación al respecto para el V Simposio Internacional JUSMENACU: “Cultura y Justicia”, del CSIC. Se puede consultar aquí: <https://www.yumpu.com/es/document/view/31140639/los-derechos-y-el-discurso-de-emergencia-en-espaaa-jusmenacu> (último acceso 21 de octubre de 2015).

vidas son precarias porque necesitan apoyo, sostenimiento, recursos para sostenerse, de unas vidas que se precarizan si no nos dotamos colectivamente de vínculos y medios para cuidarlas ya la estaba pensando con los trabajos de Judith Butler desde 2008. Pero fueron las conversaciones con el profesor del Departamento de Antropología de la UAM Álvaro Pazos, en el curso de 2012, las que fijaron como objeto la exploración de esa precarización, que acabó desembocando en la formulación del dejar morir como forma de gobierno. Así, comencé a plantearme la pregunta sobre el vínculo, sobre los tipos de vínculos que podían construirse para que nos pudiéramos hacer cargo más y mejor las unas de las otras y así sostener las vidas. ¿Valía con una reformulación de la ciudadanía, como por ejemplo una “a la mochila” que pudiera asegurarnos derechos allá donde vayamos?<sup>38</sup> ¿O existen otros vínculos más autónomos, que nos permiten relacionarnos, sostenernos y desgobernarnos en lo cotidiano? ¿Qué relación tienen entre ellos? ¿Qué condiciones de posibilidad comparten y dónde rompen? Estas preguntas no son las que alcanzo a responder en esta tesis, sino las que el análisis que este texto hace del despliegue de la exclusión sanitaria como una forma de gobierno que deja morir me permite lanzar e imaginar como algunas posibilidades en la parte final (Capítulo 7).

---

<sup>38</sup> La expresión “ciudadanía a la mochila” la tomo prestada (y la traduzco del inglés – *portable citizenship to carry on the backpack*) de la socióloga Saskia Sassen. La escuché cuando Sassen intervino en el evento activista-cultural Tribunal 12, que se celebró en Estocolmo en mayo de 2012 y al que acudí como colaboradora y etnógrafa. El evento reunía a escritores, académicos y activistas y tenía por objeto hacer un juicio moral sobre las políticas de fronteras y migración de la Unión Europea, que vulneran los derechos humanos reconocidos en tratados internacionales y europeos y en las leyes de los estados miembros. Discutiendo el tribunal y los asistentes sobre las formas que se pueden imaginar para enfrentar esta situación, Sassen, miembro del tribunal, señaló que se podía pensar en una ciudadanía en virtud de la cual las personas pudieran tener reconocidos sus derechos allá donde estuvieran. En la última parte del Capítulo 4 abordo cómo esta idea puede mutar y usarse para desplegar lógicas de empresa (y de empresa de sí) en el ámbito de la sanidad europea, y la vuelvo a recuperar en el último capítulo de la tesis en un examen sobre el tipo de vínculos posibles. Para más información sobre Tribunal 12 se puede visitar [www.tribunal12.org](http://www.tribunal12.org).

En 2012 también comencé a participar en la Asociación Sin Papeles de Madrid y a visitar a personas encerradas en el CIE con la asociación SOS Racismo. Esa arbitrariedad sobre la que antes había escuchado o leído se volvía ahora cotidiana: una conversación con un amigo que cuenta que, en un día, entre policía secreta y uniformada le han parado tres veces en la calle, por ser negro. No le han llevado porque tiene papeles pero a muchos otros que también paran a diario en redadas racistas sí se los llevan. A la temida comisaría de Moratalaz a pasar una noche de frío, humedad y miedo. O al CIE, donde pasar un máximo de 60 días para que luego te deporten o te vuelvan a soltar, depende en parte de si hay o no vuelo al país de origen esos meses y si el piloto acepta o no a llevarte en el pasaje<sup>39</sup>. El CIE de Aluche, donde conocí a Melissa, que llevaba toda su vida en España; que tras resistirse a dos intentos de deportación salió libre tras 56 días encerrada; que cumplió los 18 años allí dentro – entró como menor, aunque esto no sea legal - mientras su bebé recién nacido la esperaba fuera<sup>40</sup>. Cuando salió se preguntó en voz alta cómo era posible que el CIE estuviera donde está, *a la vista de todo el mundo*, en un edificio al lado de una gran comisaría de policía donde la gente va a hacer el DNI, cerca de una carretera con su parada de autobús, de la estación de tren y de metro, de tiendas, parques y bares. *Yo pensaba que estaba escondido*, dijo Melissa.

Este y otros encuentros me hacían replantearme no sólo la mirada, sino dónde mirar. Tomando prestada y parafraseando la pregunta que le hacen

---

<sup>39</sup> Para conocer más sobre los vuelos de deportación se puede visitar la web de la campaña Stop Deportación del Grupo de Trabajo de la Campaña Estatal por el Cierre de los CIE: <https://stopdeportacion.wordpress.com/>

<sup>40</sup> Melissa contó su historia a la ya extinta revista *Números Rojos*. Maite Garrido Courel y María Rodríguez Bajo, “¡Atención! Está usted entrando en territorio sin derechos”, 5 de noviembre de 2013, <http://blogs.publico.es/numeros-rojos/2013/11/05/atencion-esta-usted-entrando-en-territorio-sin-derechos/> (último acceso 21 de octubre de 2015)

Amador Fernández-Savater, Marta Malo y Débora Ávila a la antropóloga Verónica Gago, ¿iba a ir yo “a la caza” del último sujeto político?<sup>41</sup> Esto es, ¿iba a preguntarme por cómo se construían como sujetos políticos las personas vulnerabilizadas y tremendamente violentadas como Melissa? Tomaba cada vez más forma otro punto de vista, otro deseo, el de preguntarme por los procesos que tienen como efecto esa violencia. Hacer el CIE visible, como edificio, como dispositivo, como función. Unas reflexiones que se trenzaban con una creciente incomodidad con la idea de “investigar” los espacios donde participaba, en un momento en el que pude conocer de cerca el trabajo situado de investigadoras militantes.

*Manos Invisibles*, de Marta Malo y Débora Ávila (2010) es un trabajo en marcha que, según ellas mismas narran, quiere desentrañar aquello que nos separa — “el máximo común divisor”, las políticas sociales del neoliberalismo que se juegan en lo cotidiano. Al tiempo, potenciar aquello que siempre excede y nos une — “el mínimo común múltiplo” - a través de un proyecto que es una búsqueda entre investigación y militancia, comprometido con los que “(aparentemente) no cuentan”<sup>42</sup>. Este trabajo, compuesto de textos, talleres y vídeos, tuvo en mí muchos impactos, de los que destaco dos: me hizo replantearme el lugar desde donde iba a construir la investigación y fijó de forma más clara algo que ya venía dibujándose: que la dicotomía exclusión/inclusión forzaba y simplificaba experiencias y procesos que eran más complejos. Su tesis del acceso diferencial a los derechos – la inclusión diferencial propia del gobierno neoliberal – esa segmentación suave de la población en estratos que

---

<sup>41</sup> La pregunta literal es: “Por último, ¿cuál sería tu relación como investigadora y militante con la villa, la Salada y los talleres textiles? ¿Vas a la enésima búsqueda de “un nuevo sujeto político”? ¿Qué piensas que vuelve “política” a una investigación teórica?”

<sup>42</sup> <http://manosinvisibles.net/quienes-somos/>

compiten entre sí, así como su análisis y práctica de la potencia política que germina en los encuentros cotidianos me abrieron muchos mundos. Su forma de hacer investigación, comprometida, militante, pegada a la experiencia, potenciadora de las prácticas, me empujó a desear, imaginar y buscar un lugar de enunciación y de crítica en el que la práctica activista me diera pistas para desde ahí salir a explorar otros lugares. ¿Cuáles?

Los lugares donde se practican operaciones administrativas y judiciales, donde la ley y las instrucciones de extranjería se hacen experiencia cotidiana a través de diversos artefactos: papeles, bases de datos, tecnologías jurídicas, jerarquías laborales, etc. El objeto, buscar las lógicas que vertebran esa arbitrariedad de la que era testigo en el día a día y cuyos efectos sobre el terreno eran abrumadoramente homogéneos. La situación de Melissa, insoportablemente escandalosa, no era sin embargo excepcional. Es así como dediqué varios meses, compaginándolo con el trabajo, a visitar oficinas de la Delegación de Gobierno donde se hacen trámites de extranjería y a hacer entrevistas a sus responsables<sup>43</sup>. Al mismo tiempo, contacté con una fiscal de Madrid que me presentó a varios jueces de instrucción y control de CIE en los juzgados de lo penal de Plaza de Castilla, así como a la actual fiscal de extranjería de Madrid y uno de sus antecesores en el puesto<sup>44</sup>. Todos me decían que para saber qué ocurría en extranjería tenía que ir a los juzgados de lo contencioso administrativo, en Gran Vía, porque la mayoría de los procedimientos con

---

<sup>43</sup> Para conseguir estas entrevistas acudí a la oficina de la Dirección General de Extranjería de Madrid y presenté a su director una carta de mi directora de tesis. La primera entrevista la hice con la responsable de arraigo; ella me sugirió continuar con otros compañeros, que a su vez me sugirieron otros (permisos especiales, reagrupación familiar, permisos comunitarios y expulsiones). En total entrevisté a cinco funcionarios, así como a un responsable de la oficina de informes de integración y arraigo de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la CAM.

<sup>44</sup> Entrevisté a cinco jueces de instrucción, un juez de la Audiencia Provincial y dos fiscales.

migrantes (a excepción del internamiento en el CIE) se dirimían allí<sup>45</sup>. A través de una abogada activista a la que también entrevisté pude entrar en contacto con un juzgado, que llamaremos número X. Su titular merecía el respeto de esta abogada, por otro lado muy crítica con los jueces. Sería interesante, me sugirió, echar un vistazo a sus sentencias sobre procedimientos de expulsión y arraigo, porque estaban “motivadas” y tenían coherencia longitudinal. Estuve en ese juzgado por las mañanas durante tres meses revisando sentencias<sup>46</sup>.

### 1.3.2 Derivas y encuentros

El trabajo de campo en los juzgados comenzaba a dibujarse cuando fue interrumpido por el anuncio del gobierno central, en abril de 2012, de aprobar el decreto de exclusión sanitaria. Desde los lugares donde ya militaba se extendió una gran preocupación y un deseo de hacer algo al respecto, algo pegado a la práctica. Me uní al movimiento de desobediencia civil y contra la exclusión sanitaria Yo Sí Sanidad Universal, que surgió en mayo de 2012, a raíz de la aprobación del RD-l 16/2012 unas semanas antes, como un espacio que compartimos profesionales del SERMAS y vecinas de los barrios de Madrid<sup>47</sup>. En noviembre de ese mismo año comenzaron los encierros en centros sanitarios de

---

<sup>45</sup> La decisión sobre el internamiento en el CIE es la única medida de la Ley de Extranjería que pasa por la justicia penal al tratarse de una privación de libertad.

<sup>46</sup> Para conseguir el acceso al juzgado había hablado con la secretaria judicial, a la que había entregado un documento firmado por mi directora de tesis. En la primera visita la secretaria, tras mostrarle el documento, me indicó que iba dirigido al juez y, por tanto, ella no podía decidir y tendría que o bien entregar el escrito al juez o bien dirigir uno a ella. Finalmente, fue ella la que mostró el escrito al juez y me comunicó el permiso. Pude visitar el juzgado a diario hasta que terminé la revisión de las sentencias. Mi estancia allí terminó con una entrevista al juez, en forma de conversación y sin grabadora.

<sup>47</sup> Yo Sí Sanidad Universal es un movimiento contra la exclusión sanitaria y por la sanidad universal que se ha extendido por los barrios de Madrid en forma de grupos de acompañamiento que apoyan a los compañeros que no tienen tarjeta sanitaria. También se conformaron grupos en Comunidad Valenciana (Jo Sí Sanitat Universal Valencia) y en Catalunya (Jo Sí Sanitat Universal), y colectivos amigos en Cantabria (Ciudadanía Contra la Exclusión Sanitaria) y Murcia (Asociación de Usuarios de la Sanidad Murcia), entre otros. Para más información ver [www.yosisanidaduniversal.net](http://www.yosisanidaduniversal.net), [www.josisanitatvalencia.net](http://www.josisanitatvalencia.net), [www.josisanitatuniversal.cat](http://www.josisanitatuniversal.cat), [www.ciudadaniacontraaexclusionsanitaria.blogspot.com](http://www.ciudadaniacontraaexclusionsanitaria.blogspot.com) y [www.asociacionusuariossanidadregionmurcia.blogspot.com.es/](http://www.asociacionusuariossanidadregionmurcia.blogspot.com.es/)

la región ante el anuncio del plan de privatizaciones del entonces consejero de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández Lasquetty. Llegó la Marea Blanca, un movimiento sin precedentes de profesionales sanitarios y no sanitarios y vecinos y vecinas de Madrid en defensa de la sanidad pública que duró más de un año y medio y propició la dimisión del consejero y la retirada del plan en enero de 2014.

Concentré mi tiempo en el aprendizaje y el trabajo diario que acometimos y que esbozo con un poco más de detalle en el siguiente epígrafe. Decir solamente aquí que cada día tenía conocimiento o participaba en situaciones en las que una ley o una regulación funcionaban en lo concreto con insistente arbitrariedad y expulsaban a gente de los centros sanitarios de diversas maneras. Las preguntas de mi tesis resonaban en la práctica diaria y comencé a pensar si la investigación no podría ir por ahí. Tremenda incomodidad por el ejercicio que comenzaba a hacer: una suerte de apropiación de conocimiento colectivo plasmado en una tesis que solo firmo yo. Una incomodidad que, por otro lado, si bien era situada y concreta no escapaba a las capas de incomodidad que pueden acompañar a los trabajos etnográficos en general<sup>48</sup>. Estas capas de incomodidad me han hecho pensar en las formas de hacer investigación y en la forma que le doy al texto, de modo que cuide lo más posible lo colectivo — incluyendo las formas en las que ese cuidado se traducen en dejar fuera esa

---

<sup>48</sup> Agradezco a Ainhoa Montoya por matizar este párrafo, señalándome que la incomodidad, lejos de ser una anormalidad, “más bien está en el corazón de lo que es hacer investigación en ciencias sociales, más aún en etnografía”, porque “el trabajo de campo va tomando forma en nuestra relación con otras personas, en el exponerse a sus puntos de vista en distintos contextos” (comunicación personal 28 de octubre de 2015). Sin embargo, creo necesario también señalar que aunque esté presente, no siempre la investigadora se hace cargo de esa incomodidad, algo que he podido comprobar siendo “sujeto a investigar” desde que comencé a militar en 2011.

experiencia colectiva. Al tiempo, el problema de la apropiación y la autoría no está resuelto y es la sombra de esta tesis.

Con respecto a los problemas que acarreaba este viraje para el proyecto académico y sus tiempos, estos se perciben en mis borradores de 2013 y aún en los primeros de 2014, que destilan ansiedad por encontrar relaciones entre lo ya hecho (en los juzgados) y lo que quedaba por hacer (en otros lugares). Después abandoné esa búsqueda, que me resultaba infructuosa, y asumí una extensión en el tiempo del proyecto<sup>49</sup>. Las experiencias y reflexiones acumuladas en el campo judicial y administrativo volvieron a mí un año después, cuando comencé a escribir esta tesis centrada en el campo sanitario tras haber participado aún en otra investigación en registros civiles que me empujó a comparar datos de diversos campos y espacios en torno a la identificación y el análisis de tres aspectos muy concretos: la regularidad con la que me encontraba situaciones atravesadas por el “problema de los trámites administrativos”; con situaciones enunciadas como ejemplos de lo “complicado” que es el trabajo en esos lugares; y las limitaciones que una investigación desde un punto de vista explícitamente implicado tiene para producir enunciados en formato académico con respecto a subjetividades y construcción de sujetos. Narro a continuación esta *investigación puente* con la esperanza de que ayude al lector a entender mejor, tal y como me

---

<sup>49</sup> Hice un intento de análisis del material de los juzgados que tenía guardado hasta entonces con la propuesta de comunicación aceptada en la European Social Science History Conference de 2014; un intento que se fraguó en torno al grupo de discusión que organicé y compartí con los abogados de la cooperativa de derecho crítico Red Jurídica, a quienes agradezco esas horas de reflexión. El título del texto era “*Exploring Judicial Ecology in Madrid*” y pretendía analizar los factores materiales, ideológicos y políticos que influyen en el trabajo y las decisiones de los jueces como parte de una “ecología”, esto es, una red de relaciones formada por espacios judiciales, administrativos y policiales y los que los habitan desde dentro y desde el afuera. Sin embargo, dado que la universidad sólo financia un viaje al año y ya me habían concedido una bolsa de viaje para mi estancia de doctorado en Nueva York, no pude desplazarme a Viena para presentar la comunicación, que quedó aparcada.



ayudó a mí, qué tipo de análisis y de conocimiento puede construir esta tesis y cuáles son sus límites.

### *El viaje de la comparación*

En Mayo de 2014 comencé a trabajar en un proyecto de investigación de la Universidad VU de Amsterdam llamado *Human Cost of Border Control*. El trabajo, que hice conjuntamente con mi compañero Ignacio Urquijo, consistía en lograr el acceso a más de un centenar de registros civiles de la costa sur y este española, así como de las islas y de Ceuta y Melilla, para revisar los libros de defunción y encontrar en ellos los certificados de lo que llamábamos las “muertes en frontera”. Esto es, las muertes de personas que viajaban sin la documentación reglamentaria hacia Europa y cuyo cuerpo se ha rescatado en el mar o se ha encontrado en las costas de municipios españoles. Los registros civiles municipales inscriben estas muertes y con los documentos de todas ellas el proyecto creó una base de datos con información desde 1990 hasta 2013 en España, Grecia, Italia, Malta y Gibraltar<sup>50</sup>. Si bien durante los viajes, que eran muy exigentes, no registré de forma sistemática situaciones observadas o de las que había formado parte, sí tomé algunas notas que luego repasé y amplié en Madrid. Además, la experiencia sedimentó una suerte de poso de memoria y aprendizaje que utilicé para escribir tres textos militantes sobre las muertes en frontera<sup>51</sup>. Al hacerlo, iba dibujando párrafos sobre las rutinas de trabajo de los funcionarios

---

<sup>50</sup> <http://www.borderdeaths.org/>

<sup>51</sup> “De Ébola, basura y dignidad”, 17 de noviembre de 2014, <https://www.diagonalperiodico.net/blogs/fundaciondeloscomunes/ebola-basura-y-dignidad.html>; “D.E.P. Inmigrante Nº 7”, 24 de junio de 2014, <https://www.diagonalperiodico.net/blogs/fundaciondeloscomunes/dep-inmigrante-no-7.html>; “Narrar historias, desbordar fronteras”, de próxima publicación. Agradezco a Marisa Colina, de la Fundación de los Comunes, por invitarme a escribir en el blog de *Diagonal* en las dos primeras ocasiones, y a Lilita Suárez-Navaz por hacer lo propio en la tercera. Los comentarios y la escucha de Camila Monasterio, Álvaro García y Miryam García fueron tan imprescindibles como valiosos para estos textos.

de justicia, que había ido aprendiendo en la práctica de cientos de observaciones, conversaciones y negociaciones con ellos con el objeto de mejorar mi trabajo. Estos relatos, desechados de los textos publicados, comenzaban a resonar con otros sobre lo que ocurría en los centros sanitarios en Madrid. Y lo hacían, como señalé más arriba, en torno a tres elementos concretos, dos con respecto al trabajo en la administración pública y uno con respecto a lo que yo podía o no decir acerca de los trabajadores.

1) *“Los trámites”*: en las oficinas judiciales y de los registros civiles se mide la carga de trabajo en papel: “hoy no voy al café, tengo mucho papel”. Pero es la carga de trabajo que angustia, que es mecánica, que no gusta. En abril de 2013 estaba tomando unas cañas con mi amiga de la infancia, que ahora es fiscal, y otras dos compañeras suyas, también fiscales. Hablaban de su trabajo. Mi amiga había estado trabajando varios días en un recurso por el que había recibido la felicitación de la juez e incluso de los abogados de la otra parte. Pero era difícil poder dedicar tiempo a hacer un buen recurso:

“y es que en los recursos que te interesan te puedes tomar tu tiempo, pero en realidad es el papel lo que destroza a un profesional, es inagotable, acabas un día pero al día siguiente tienes mucho más, es una lucha perdida. Porque tienes que pensar, hacer bien tu trabajo, pero luego no puedes, yo a veces me miro los casos por encima, me voy a mirar cuatro que tengo en el tren, porque son cuatro horas y media de tren. Pero no te da tiempo a mirarte todo por el papel”.

Esta angustia con el papel resonaba con lo que estaba escuchando en los centros sanitarios: cada vez hay más *“trámites burocráticos”* y no da tiempo a atender bien a los pacientes. Además, está lo que cuenta y lo que no cuenta en la evaluación individual que mide lo que se hace en consulta o en el mostrador, y los trámites que implican las situaciones con personas sin tarjeta sanitaria no cuentan las médicas y para las auxiliares pueden resultar problemáticos ¿Qué se

juega ahí, en lo que hacemos con el papel, en la pantalla del ordenador? En estos trámites es donde se han jugado las valoraciones, los juicios de valor en los que se ha apoyado la exclusión sanitaria: ¿merece esta situación que le dedique tiempo y esfuerzo — con la cola que tengo, o con los informes que tengo que rellenar?

2) *La dificultad del trabajo*: o cómo las cadenas de malestar en torno a los “trámites” se ligan a la representación del trabajo como algo complejo:

Era verano y llevaba ya unos días visitando el juzgado. Me sentaba en una mesa de un trabajador que estaba de vacaciones. Revisaba sentencias y charlaba de cuando en cuando con las trabajadoras. Mi mesa estaba a la derecha del despacho del juez, que esos días mantenía la puerta cerrada, al menos mientras yo estuve allí. Al cuarto día abrió la puerta, con un tirón enérgico. Pidió una lupa. En la mano llevaba una foto. Se puso a mirar la foto con la lupa, acompañado por una de las trabajadoras. Intentaban dilucidar si uno de los números de la matrícula del coche que salía en la foto era un 8 o un 9. Por ese número sobre el que había tantas dudas él debía decidir si el recurso contra la multa de velocidad que había puesto el conductor era o no pertinente. Tras unos minutos escrutando la imagen el juez se acercó a mí y me dio la foto y la lupa y me preguntó qué veía. Yo no supe distinguir el número en cuestión. Le devolví la imagen y la lupa. El juez, antes de volver a su despacho, me comentó que si era difícil con estas cosas pequeñas, ya me podía ir haciendo una idea de qué ocurría con las cosas más complejas, en referencia a sus sentencias, que yo revisaba.

(Notas del cuaderno de campo, julio de 2013)

En la entrevista que tuve con el juez el último día que acudía a su juzgado hablamos largo y tendido, sin grabadora, de esa dificultad. Le comenté que me había reunido con otros jueces de juzgados de instrucción de Plaza de Castilla que tenían por norma no ordenar internamientos en el CIE de Aluche. Uno de ellos me había mostrado la única orden de internamiento que había dictado en toda su carrera. Todos ellos razonaban, con argumentos jurídicos, sus

prácticas<sup>52</sup>. Para el juez del X, sin embargo, estas prácticas surgían de una interpretación arbitraria: “lo que a mí me parezca da igual. Hay que usar el derecho técnico” de modo que haya las “garantías judiciales” propias de un Estado de Derecho. Decidir no internar a nadie era una senda de peligro. Para este juez, lo que el derecho técnico permitía era dar con una respuesta tipo a los recursos contra órdenes de expulsión. Por norma general, como pude comprobar revisando sus sentencias, si no había antecedentes penales y había domicilio fijo, él siempre cambiaba la expulsión por multa.

Lo que iba identificando eran diferentes búsquedas de *regularidad*; más que una aceptación de la decisión discrecional caso por caso lo que me encontraba en los diferentes lugares que visitaba (juzgados, registros, centros sanitarios) era un empeño por buscar y encontrar guías, garantías. Hacer bien el trabajo consistía en gran parte en dar con esas regularidades: cómo vamos a hacer con las altas en el sistema informático de las personas sin tarjeta sanitaria, por ejemplo, o qué voy a responder a una solicitud de acceso a datos de los libros, en el caso de los registros civiles. En esta búsqueda de regularidades no solo la norma, la técnica cuenta: en todos, la interpretación de la misma con los pares, o contra los pares, era fundamental. A pesar de su primera interpelación

---

<sup>52</sup> Estos jueces pertenecen a la asociación Jueces para la Democracia. Explican que el internamiento es una medida de excepción que se ha de usar solamente cuando hay razones para pensar que la persona puede no estar localizable para su expulsión. Esto no ocurre de forma general con los migrantes sin papeles, que tienen una movilidad reducida y quieren permanecer en el lugar pues su “arraigo” en el mismo es condición necesaria para obtener los papeles algún día. Además, consideran que la multa, y no el internamiento, es la medida a utilizar de forma general en los expedientes de expulsión. Otro de los problemas que ven estos jueces es que todo el proceso, desde la detención arbitraria de una persona sin papeles por parte de la policía en una redada racista hasta la petición de internamiento pasa por la justicia administrativa, que tiene presunción de legalidad. Cuando el caso llega al juzgado de instrucción, encargado de decidir sobre esa petición de internamiento, el juez solo puede denegarlo si la persona tiene “arraigo”, pero no puede entrar a valorar la decisión administrativa, esto es, juzgar si el proceso anterior ha sido o no legal. Para estos jueces, esa imposibilidad reproduce arbitrariedad. Entrevistas en los juzgados de instrucción de Plaza de Castilla en mayo de 2012. Se pueden encontrar entrevistas e informes sobre la postura de Jueces para la Democracia con respecto a los CIE en [www.juecesdemocracia.es](http://www.juecesdemocracia.es)

que lo dibujó como un tomador de decisiones en soledad, el juez del juzgado X se identificaba como parte de un grupo de profesionales diferente al de los jueces que no internan en CIE; los responsables de los registros solían consultar las resoluciones de los anteriores, y por eso siempre mi compañero y yo llevábamos algunas de muestra.

Estas regularidades me ayudaron a conceptualizar una en concreto relacionada con la exclusión sanitaria: las llamadas telefónicas y las consultas informales entre pares han sido las formas en las que profesionales del SERMAS se han transmitido información acerca de qué hacer cuando se tiene delante a una persona sin tarjeta sanitaria. Analizar ese trabajo interpretativo en cadena de los trámites burocráticos es de lo que se ocupa el Capítulo 6.

### 3) *Los límites en el análisis:*

El análisis de los elementos que constituyen las regularidades que he ido identificando en situaciones únicas pero similares tiene unos límites. El más evidente se encuentra en lo que puedo o no puedo decir sobre subjetividades. Por las formas en las que se ha llevado a cabo, esta investigación tiene, en este aspecto, un objetivo modesto: explorar las condiciones de posibilidad de la formación de subjetividades, a través de un ejercicio de comparación entre lo que ha ocurrido en las diferentes situaciones en los centros sanitarios y también en otros espacios. Esta operación y la forma de hacerla se afianzó al reflexionar sobre los datos que había recopilado en mi trabajo extensivo en los más de cien registros civiles que visité.

Estuve viajando por la costa sur y este española, además de por todas las islas y por Ceuta y Melilla, durante seis meses. Llegábamos a Madrid un viernes y partíamos el domingo. Visitamos, entre mi compañero Nacho Urquijo y yo, más de un centenar de registros civiles. Lo principal era lograr el acceso. Pese a que el acceso a los certificados de defunción es

público, si la consulta no es de algún documento concreto sino longitudinal, hay que solicitar un permiso. Además, desde 1994, la causa de la muerte, fundamental en nuestra investigación, no es pública y figura en otros documentos judiciales que sí están protegidos, los legajos judiciales<sup>53</sup>.

Habíamos intentando diversas maneras de conseguir un permiso general para poder acceder a todos los registros civiles, pero no había sido posible. Los órganos judiciales a los que recurrimos se declararon no competentes para decidir en la materia<sup>54</sup>. Quien debía decidir era la Dirección General de Registros y del Notariado, que señaló que no tenían labores de información ni atención al público y rechazó la petición<sup>55</sup>. Más tarde conocimos que esta dirección sólo había concedido un permiso general, y lo hizo porque hasta ella se elevaron varias denegaciones de acceso a los datos de los registros civiles. El permiso se concedió a las investigaciones que buscaban documentos sobre personas asesinadas durante la Guerra Civil y la dictadura<sup>56</sup>. En ese caso, a diferencia del nuestro, la Dirección sí había estimado que la investigación tenía legitimidad e interés suficiente para conceder un permiso general. En efecto, en 2008 se había construido todo un campo de legitimidad en torno a la investigación sobre esas muertes, con procesos judiciales, fondos para investigar que salían de la Ley de Memoria Histórica y polémica en la política profesional<sup>57</sup>.

---

<sup>53</sup> ORDEN de 13 de octubre de 1994 por la que se modifica la de 6 de junio de 1994 sobre la supresión del dato relativo a la causa de la muerte en la inscripción de defunción. BOE 252, Viernes 21 de octubre de 1994. El texto lee: “con la finalidad de evitar intromisiones en la intimidad personal y familiar, la Orden del Ministerio de Justicia e Interior de 6 de junio de 1994, ha suprimido la causa de la muerte como dato que deba constar en las inscripciones de defunción”. En varios registros nos informaron de que este cambio se debió a peticiones de familiares de personas fallecidas por VIH para que la causa no figurara en un documento público como es el certificado de defunción.

<sup>54</sup> En Málaga un juez nos sugirió elevar una petición al Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Ceuta y Melilla, que se inhibió a favor del Consejo General del Poder Judicial, que resolvió que no era el órgano con competencia para decidir sobre dicho permiso. Administración de Justicia, Asuntos varios nº 000114/2014, Diego Medina García, Secretario de la Sala de Gobierno del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Ceuta y Melilla. 10 de marzo de 2014; y Madrid 1 de abril de 2014, Nº de Referencia: Sección de Régimen Jurídico, Consejo General del Poder Judicial, Servicio de Personal Judicial, Comisión Permanente del Consejo General del Poder Judicial.

<sup>55</sup> Subdirección General de Nacionalidades y Estado Civil, DGRN, email del 14 de enero de 2014. Y Oficial jr 6.2.2.1. – 182612014, 6 agosto 2014, Consulta libros de defunción R.C., Ministerio de Justicia, salida 11 agosto 2014, Subsecretaría, Dirección General de Registros y del Notariado, Subdirección General de Nacionalidad y Estado Civil.

<sup>56</sup> Instrucción de 4 de noviembre de 2008, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre acceso a la consulta de los libros de defunciones de los registros civiles, dictada en desarrollo de la disposición adicional octava de la Ley 52/2007, de 26 de diciembre.

<sup>57</sup> Ver por ejemplo Manuel Altonano, “Garzón lanza la mayor investigación sobre los desaparecidos del régimen de Franco” *www.elpais.es*, 2 de Septiembre de 2008, [http://elpais.com/diario/2008/09/02/espana/1220306401\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2008/09/02/espana/1220306401_850215.html) (último acceso 11 de septiembre de 2015). Y Francisco Valera, “Autorizan a los investigadores a investigar en los registros civiles la represión franquista, *www.lavozdeg Galicia.es*, 23 de enero de 2008, [http://www.lavozdeg Galicia.es/galicia/2008/01/23/0003\\_6502816.htm](http://www.lavozdeg Galicia.es/galicia/2008/01/23/0003_6502816.htm) (último acceso 11 de septiembre de 2015).

Así, nos tocaba negociar el acceso, demostrar el interés legítimo de la investigación en cada uno de los más de cien registros que visitamos. Negociar la norma en cada caso, con cada representante de un Estado que se fragmentaba en brazos y niveles (Akhil Gupta 2014). En dos tercios de los registros el sentido común construido acerca de la privacidad de los datos llevaba a una primera denegación. Entonces explicábamos que los investigadores podían acceder a ellos si así lo decidía el responsable.

Mi compañero y yo aprendimos en cada paso algunas claves a tener en cuenta que se repetían en los diferentes lugares donde solicitábamos acceso. Para nosotros era importante acertar también por razones materiales: cobrábamos por registro hecho, y las denegaciones se solían producir en persona, cuando ya habías viajado hasta el lugar y no te dejaban entrar. De ese compartir estrategias emergió una cantidad de datos que analicé para una comunicación en el congreso de AIBR celebrado en Madrid en julio de 2015. Trataba sobre las múltiples formas que puede adquirir una investigación etnográfica y cómo construye conocimiento, en particular cómo se hace en el proceso de escritura y en la forma de la escritura misma. La etnografía del proceso de negociación de acceso había sido, en el campo, ante todo práctica desde una posición implicada; las notas que tomaba, que analizaba apresurada e intuitivamente para la práctica, tomaron forma cuando escribí un texto con ellas.

Fue en la escritura que reflexioné cómo en nuestras negociaciones con los registros civiles estábamos produciendo datos, lanzando preguntas etnográficas: a las discusiones, a las rutinas diarias, a los documentos, los lugares y edificios, a los instrumentos tecnológicos, a las normas y regulaciones, a los contextos económicos y sociopolíticos... Y también cuando tomé conciencia de los límites de este ejercicio. Era posible hacer una comparación extensiva del proceso de negociación de acceso a datos. Sin embargo, no era posible hacer afirmaciones respecto a la construcción de subjetividad de los trabajadores de un registro en particular. Tampoco sobre cómo se representaban y se afectaban por el tema de la propia investigación, las muertes en frontera<sup>58</sup>. A pesar de que era el interés legítimo de ese tema el que, según la norma, había que valorar, las conversaciones se centraban en otros aspectos<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> Pude comprobar, por ejemplo, que los certificados de defunción han ido evolucionando en su forma: a principios del siglo XX eran una hoja por las dos caras, en su mayoría texto libre que el funcionario llenaba con la historia del fallecimiento; a partir de la década de los 80 eran solo una cara con menos textos libre y más títulos a rellenar con información específica; desde 2003 se llena un registro informático que impreso ocupa media cara de un folio y en el que el texto libre es muy reducido. Se puede intuir que este cambio de forma puede haber cambiado también la relación de los trabajadores con las historias de fallecimientos que han de narrar, pero solo puedo afirmar aquí que las condiciones de la narración han cambiado.

<sup>59</sup> Es de resaltar que sólo un registro de 107, el de San Sebastián de la Gomera, negó el acceso por escrito sin proveer ninguna razón más allá de remitirme al reglamento de los registros civiles. Correos electrónicos intercambiados con la juez titular, 30 de junio y 4 de julio, en respuesta a mi carta que se recibió el 27 de junio. Para más información sobre el proyecto y la metodología se pueden consultar los artículos de Tamara Last en <http://www.borderdeaths.org/>.

Uno de los puntos de discusión era la forma en la que se hacía la propia petición de acceso al registro: por ejemplo, en algunos registros lo correcto era dirigirla al juez y en otras al secretario; en algunos decían que teníamos que pedirlo a “Madrid” o al Ministerio de Justicia; en otras, que debíamos recurrir al Instituto Nacional de Estadística o a la Guardia Civil<sup>60</sup>. Zonas grises, no del todo claras y/o conocidas, en una cadena de tareas y jerarquías a la que se otorgaba gran importancia. La consulta con los pares era una forma de dar luz a esa zona gris. Tanto si se concedía (la mayoría de las veces) como si se denegaba el permiso (muy pocas), uno de los argumentos era que la decisión era una forma de hacer bien el trabajo. Para ello era importante saber cómo lo habían hecho otros.

Las rutinas también contaban. Aprendimos a tener muy en cuenta una concepción singular que emergía de nuestro trato con los funcionarios: el trabajo como algo infinito y estresante. En decenas de ocasiones, al entrar a un registro teníamos que esperar un rato hasta que alguna de las trabajadoras levantaba la vista y nos miraba; solía ser justamente esa persona, la que hacía contacto visual, la que se quedaba con el “trabajo” de atendernos. Éramos conscientes de que era una nueva tarea en un contexto en el que éstas estaban muy definidas, tanto por razones de jerarquía como de organización interna: “eso lo decide el secretario” o “X hace las defunciones los martes y los jueves”.

A ello se sumaba el hecho de que durante la primavera y el verano de 2014 había comenzado un movimiento contra la ley del entonces ministro de Justicia, Alberto Ruiz Gallardón, por la que, entre otras cosas, se trasladaban las funciones del registro civil a los registros mercantiles, que asumirían labores de servicio público pero mantendrían su carácter privado<sup>61</sup>. Esto suponía traslados de trabajadores de los registros civiles a otros juzgados u oficinas del Ministerio de Justicia para llevar a cabo otras tareas y, según los sindicatos del ramo, prejubilaciones. En la mayoría de los registros había carteles con el lema “No a la privatización del registro civil”. En decenas de ellos pude escuchar comentarios de trabajadores

---

<sup>60</sup> Ninguna de estas instituciones tiene datos específicos sobre las muertes en frontera. La petición al Ministerio de Justicia que realicé antes de salir a campo tuvo como respuesta remitirme al informe anual sobre “Inmigración Ilegal” que aporta gráficas sobre lo que llama “entradas” por la frontera sur, pero no muertes cruzando esa frontera. El INE cuenta con estadísticas agregadas de fallecimientos por causa (por ejemplo, ahogamiento) pero es imposible distinguir si esas muertes son “en frontera”. Se puede pedir un estudio ad hoc que hay que pagar, pero para ello hay que hacer unos trámites que duran alrededor de seis meses, el tiempo que invertimos nosotras mismas en el campo (varios correos electrónicos desde el 22 de enero al 17 de marzo de 2014). No recurrimos a la policía para solicitar estadísticas y las veces que lo comentamos con oficiales que entrevistamos nos remitieron a la Guardia Civil. Solicitamos entrevistas con las comandancias de la Guardia Civil de Ceuta y de Melilla mediante petición oficial al Estado Mayor de la Guardia Civil a través de la Oficina de Relaciones Informativas y Sociales (ORIS). Las dos fueron denegadas por “el gran volumen de trabajo” y la “proliferación de dichas peticiones” (correos electrónicos, 20 de junio de 2014 sobre Ceuta y 29 de septiembre de 2014 sobre Melilla).

<sup>61</sup> Ley 20/2011 de 21 de Julio del Registro Civil, Jefatura del Estado, BOE num 175, de 22 de Julio de 2011, Referencia: BOE-A-2011\_12628.



advirtiéndolo a los usuarios que quizá en un tiempo los trámites que estaban haciendo ya no serían gratuitos; o preguntándose unos a otros si estaba o no parado eso de la privatización<sup>62</sup>.

Otra preocupación era el espacio: ¿dónde nos iban a ubicar? En algunos registros no había sitio y acabamos sentados en el suelo. En uno en concreto la jueza nos confesó que podía conceder el permiso pero teníamos que acudir a las siete de la mañana, cuando no había trabajadoras ni gente, y sólo podíamos estar una hora, porque literalmente no había hueco y el ritmo de trabajo era muy fuerte, por lo que las trabajadoras no nos querían allí. La cuestión del espacio cobraba especial importancia si coincidía que acudíamos los días en los que se hacían entrevistas de nacionalidad y matrimonio, pues las preguntas que los trabajadores del registro hacen a las personas son íntimas, como pude comprobar en dos ocasiones.

Pude testear además lo singular de estas preocupaciones en los registros civiles cuando, en una de las localidades, trabajé revisando los libros de defunción en dos lugares: el propio registro y una biblioteca-archivo judicial. Los tenían repartidos porque no cabían en el juzgado. En el archivo no me pidieron ningún permiso. Me hicieron pasar a una sala, con una mesa grande, sillas cómodas, buena iluminación. Debía entrar solo con un libro cada vez y tenía que dejar el bolso fuera. Estábamos acostumbrados a pasar las páginas rápido, pues acabar pronto era un punto a favor en los registros. Aquí, en el archivo, tras observarme un tiempo por las cámaras que tenía la sala, una de las trabajadoras entró y me pidió amablemente que pasara las páginas más despacio.

Lo que había conseguido era tener datos de lo que pasa cuando una persona entra en un registro a solicitar acceso a datos. El ensamblaje de artefactos que pueden intervenir en esa situación. Cómo de una negociación caso por caso se intuye y luego se puede sistematizar una regularidad y sus rupturas, y con qué conecta y con qué rompe esa regularidad, incluso aunque con lo que rompa sea la norma escrita.

Así, no es mi intención hablar en esta tesis de la construcción de subjetividades tomando los datos de una observación continuada de uno o varios centros sanitarios en particular. Pero sí puedo analizar, gracias a la comparación, qué puede ocurrir, qué ocurre con regularidad cuando una persona sin tarjeta

---

<sup>62</sup> El análisis de esta ley a la luz de la introducción de las lógicas de la empresa en los servicios públicos es interesante: se apuesta por un “registro único” en el que ya no importe la ligazón de la persona al territorio porque se cuenta con un “historial” al que se puede acceder desde cualquier oficina. La competencia entre registros por la “eficiencia” es el fin perseguido. Algo muy diferente a la práctica habitual de los registros que he podido visitar, en los que se inscriben los nacimientos, matrimonios y defunciones de las personas empadronadas en el municipio. Cuando llega alguien “de fuera” se le envía al registro “que corresponde”.

sanitaria se acerca a un centro sanitario<sup>63</sup>. También puedo narrar de qué está hecha esa situación, las condiciones de posibilidad para que se construyan determinadas subjetividades ético-políticas. Esto es, determinadas formas de conducirse, de gobernarse.

#### 1.4 Conocimiento, escritura

MOULOU: “no se trata del propio conocimiento activo y responsable, sino de un conocimiento desviado que ya no es verdadero conocimiento (...) ¿hay verdaderamente un vínculo entre las obligaciones o requerimientos del conocimiento y los del poder?”

FOUCAULT: Sería un placer para mí si se pudiera hacer así, esto es, si uno pudiera decir: hay buena ciencia, una que es al mismo tiempo buena y no participa de un poder repugnante; y luego está, obviamente, el mal uso de la ciencia, en su aplicación oportunista o en sus errores. Si usted me puede probar que eso es así, entonces, ¡bien! Me iré de aquí contento .  
*Qu'est-ce que la Critique?*, p.71-72, mi traducción del inglés.

Una de las preguntas claves que me he hecho con esta tesis es la de cómo dar una forma adecuada a las maneras en las que he ido produciendo conocimiento: con otras en la práctica, en soledad durante la escritura. Además de por los ritmos laborales y vitales, ha sido determinante el lugar desde donde se enuncia y el punto de vista adoptado, ambos ligados a mi participación en la lucha contra la exclusión sanitaria en Madrid.

Tomo prestadas aquí reflexiones de la investigadora Marta Malo en el prólogo del libro *Nociones Comunes. Experiencias y ensayos entre investigación y militancia* (2004). ¿Con quién pensamos? ¿de qué parte?, se pregunta Malo, porque “toda producción de conocimiento nuevo afecta y modifica los cuerpos, la subjetividad”. En este prólogo se repasan algunas de las prácticas de

---

<sup>63</sup> Parafraseo aquí, consciente de la diferencia entre su “observación” y mi lugar implicado, la frase de Akhil Gupta en los agradecimientos de su libro *Red Tape. Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India* (2012): “Sobre todo aprendí que, por muy valiosas que fueran para el estudio de la burocracia las entrevistas con oficiales de lengua inglesa del Servicio Administrativo Indio, nunca podrán tomar el lugar de la observación de lo que ocurre cuando un aldeano pobre e iletrado entra en una oficina del gobierno”, p.IX, mi traducción.

investigación militante – encuesta y co-investigación obrera, grupos de mujeres y epistemología feminista, análisis institucional e Investigación Acción

Participación — en las que la teoría surge de la práctica y vuelve a la práctica de modo que pensar juntos y producir conocimiento crítico genera “rebeldes” y “práctica común” de transformación. Así, el método no puede estar “abstraído de los objetivos (de la investigación) y del proceso” sino que es un útil que conecta experiencia y pensamiento, análisis y práctica de transformación. Para ello, tiene que estar dispuesto a perderse, a explorar caminos adyacentes, someterse a “la prueba de la práctica viva y de la acción” (Malo 2004).

Esta forma de investigación se parece mucho a la práctica del movimiento en el que participo desde mayo de 2012, Yo Sí Sanidad Universal, que ha sido mi principal escuela de producción de conocimiento colectivo. En todos sus espacios (asamblea, el espacio de reflexión que llamamos Ágora, los grupos de acompañamiento de los barrios, los grupos de trabajo que se ocupan de labores específicas) el empeño que los vehicula es el de intentar entender de qué están hechas las situaciones y los discursos de exclusión. Todo lo que se aprende – de la participación en reportajes o artículos con medios, de los acompañamientos en centros sanitarios, de la afectación entre vecinos con y sin tarjeta sanitaria y de éstos con los profesionales del SERMAS, de las reuniones con gestores de los servicios de salud, de las asambleas, de los talleres en centros sanitarios y/o con vecinas de los barrios, de las manifestaciones o acciones de desobediencia - se ha ido sistematizando para seguir haciendo práctica. Lo que sucede con la familia de Saiful en el centro de salud o en el INSS, las casillas que componen la base de datos que regula el acceso a los centros de salud, los papeles que dan en los hospitales para identificar a la gente sin tarjeta, los relatos de compañeras acerca

de las llamadas de los “jefes” para, primero, intentar reducir al máximo el número de altas en el sistema informático y luego, a partir de septiembre de 2015, para asegurarse de que se dan esas altas, son piezas clave en el análisis del colectivo, mucho más que unas declaraciones del ministro de Sanidad. Y todo lo experimentado se comparte con los demás.

La investigadora feminista negra bell hooks escribió:

“Aunque nunca hubo un cuerpo oficial de gente negra en los Estados Unidos que se juntara, como antropólogos/etnógrafos para estudiar a los blancos, la gente negra, desde la esclavitud en adelante, ha compartido en conversaciones un saber “especial” sobre los blancos, recopilado de un escrutinio íntimo de la gente blanca. Especial porque no es una forma de conocer que haya sido recogida en su totalidad en material escrito, su propósito era ayudar a la gente negra a lidiar con y sobrevivir en una sociedad supremacista blanca. Durante años, las empleadas domésticas negras que trabajaban en casas de blancos actuaron como informantes que devolvían saberes a las comunidades segregadas – detalles, hechos, lecturas psicoanalíticas del “Otro” blanco” (hooks 1992: 165 en David Graeber 2012: 118, mi traducción)

En el caso del colectivo en el que participo, el objetivo es crear aliados, en cada intervención, por pequeña que sea. Un trabajo de interrogación constante, de excavación, de reflexión sobre los datos producidos, de sistematización de los mismos de modo que sirvan para imaginar y crear nuevas formas de pensar y de hacer y abrir nuevos discursos y prácticas. Para ello, nos ha sido útil en ocasiones conocer trabajos teóricos sobre lógicas de empresa en sanidad, o sobre burorrepresión<sup>64</sup>, o relatos diversos de la historia del sistema sanitario, tanto los oficiales como los que surgen de los años de experiencia. En definitiva, la lucha necesita conocer las condiciones de posibilidad de la práctica de la exclusión

---

<sup>64</sup> Burorrepresión, o cuando se “deja hacer” a la burocracia de modo que contiene, controla y, finalmente, reprime a los grupos de población más vulnerabilizados. No sólo son los que parten de una situación más vulnerable sino que además son inundados por trámites de todo tipo para poder conseguir recursos, ayudas, derechos caso por caso, y también lo que se enfrentan a más sanciones y multas (Jesús-Carlos Urda Lozano ed., 2013).

sanitaria en su despliegue si quiere imaginar qué otras prácticas pueden darse a partir de esas mismas condiciones.

¿Qué es esto sino un proceso de co-investigación continuado que produce conocimiento colectivo aplicado a la acción transformadora? Sin embargo, no es ese proceso el que narro aquí, sino que es el que me ha dado el lugar desde el que analizar y desde el que escribir.

El lector se dará cuenta de que en este texto hay una ausencia notable: no hay análisis explícito del colectivo en el que participo y el análisis de situaciones se centra sobre todo en las personas del lado de dentro del mostrador (funcionarios de justicia, auxiliares de centros de salud, médicas, profesores e investigadores, expertos). He tomado una posición muy similar a la de mi práctica como vecina. El análisis de subjetividades tiene los límites ya señalados arriba y otro más: guardamos el análisis de subjetividades que se han construido colectivamente para llevarlo a cabo también colectivamente. Así, lo que aquí se muestra es un análisis crítico del despliegue de la exclusión como norma de gobierno de crisis en sanidad.

En un trabajo de campo como el descrito, las entrevistas y conversaciones han sido muy seleccionadas, con el objeto de intentar arrojar más luz sobre la comparación en marcha. Por ejemplo, de la historia de Saiful y de otras que nacen del mismo cruce de leyes y regulaciones surge la necesidad de entrevistar a un gestor del INSS y también de leer con atención y analizar el informe del Tribunal de Cuentas sobre el SNS y la conexión que los portavoces del gobierno establecieron entre “crisis”, “turismo sanitario” e inmigrantes sin papeles (Capítulo 4). Las dos largas conversaciones con auxiliares administrativas que he tenido me permitieron contextualizar rutinas de trabajo y argumentos en torno a

ellas ya observados en multitud de situaciones (Capítulos 5 y 6). Las dos entrevistas con médicos del SERMAS fueron temáticas: una versó sobre la evaluación como forma de introducir lógicas de empresa en sanidad (Capítulo 5) y la otra sobre historia encarnada del sistema sanitario y su relación con las situaciones de exclusión (Capítulo 6)<sup>65</sup>. La entrevista a Nena y Ale (Capítulo 6) fue un espacio en el que, después de experimentar juntas el periplo de la exclusión, pudimos reflexionar sobre lo ocurrido relacionándolo con otras experiencias y situaciones.

Por otro lado, tampoco era fácil conseguir entrevistas con profesionales del SERMAS y cargos medios. En septiembre de 2014 utilicé el contacto de una compañera para enviar un cuestionario que sirviera de excusa para encuentros posteriores con un grupo de auxiliares administrativas. A los pocos días, mientras estaba en un taxi camino del registro civil de Málaga, me llamaron de la Subdirección General de Investigación Sanitaria para decirme que yo no podía solicitar entrevistas como lo había hecho, que para poder hacer investigación tenía que solicitar permisos por los cauces oficiales. Al parecer, alguien había enviado mi correo, dirigido a un pequeño grupo a título personal, a todas las auxiliares del SERMAS. Para la entrevista con el INSS tuve que esperar ocho meses y la Consejería de Sanidad, a pesar de mi regular insistencia, nunca resolvió mi petición (Capítulo 5).

La etnografía se ha llevado a cabo en todas partes: en los centros sanitarios, en conferencias y congresos, en el tren y el metro, en la calle... Se trataba de observar un proceso, el de la exclusión sanitaria, en su despliegue.

---

<sup>65</sup> La primera la hizo la investigadora Marta Malo, que me compartió el audio que yo transcribí. La segunda la hice yo y le compartí el audio y la transcripción.

Para narrar ese proceso he tenido que plantearme el problema de la forma y la adecuación. ¿Cuál es la forma adecuada para narrar, una que esté pegada a las situaciones, que reduzca todo lo posible la separación entre materialidad y teoría?<sup>66</sup> Un ejemplo de decisión tomada en la escritura y guiada por esta pregunta es el uso de comillas y cursivas: en las charlas en las que no usé grabadora las palabras están en cursiva porque no se trata de citas que pudiera transcribir sino de retazos de frases que apunté mientras conversaba y sobre las que luego, en una cafetería al salir, ya sola, volvía para reconstruir. Otro ejemplo sería el problema del uso de los términos de la administración: “ilegal”, “aseguramiento” ... Por un lado, como norma general, se ha tratado de no usar, ni siquiera entrecomillados, estos términos. Sin embargo, algunos que son clave para poder entender transformaciones cuyo análisis aborda esta tesis, como el paso de un modelo de sanidad universal a uno de “aseguramiento”, sí se usan con comillas.

Finalmente, la escritura está marcada por el intento de encontrar una forma adecuada que, al tiempo, respete y cuide tanto a las personas que participan de las situaciones como al lector que lee sobre ellas.

En cuanto al cuidado de las personas que aparecen en este texto, he optado por cambiar sus nombres solo cuando su uso haría fácilmente reconocibles a las personas y cuando las personas me han pedido expresamente que lo haga. He de reflejar que la mayoría de los cargos públicos que entrevisté solicitaron no aparecer como identificables. Tampoco nombro el barrio ni el “centro de salud de mi barrio” que aparece en múltiples ocasiones, porque el

---

<sup>66</sup> Le debo esta formulación a mi compañero Álvaro García, de quien la escuché, si bien él se la atribuye a nuestra compañera Miriam Martín.

riesgo de contribuir a su estigmatización es mayor que lo que puede aportar nombrarlo para el tipo de análisis que hago. Las historias de personas que han sufrido la exclusión aquí escogidas están ya registradas y son públicas (en forma más breve) en el registro REDES, en medios de comunicación o en informes. Corresponden a las situaciones en las que varias circunstancias (de tiempo, de manejo del idioma, de capitales compartidos) nos permitieron debatir juntos durante y tras el periplo. Otras historias, en las que las posiciones y capitales eran más distantes y las condiciones más dificultosas para poder compartir reflexiones, no aparecen o lo hacen como arquetipos. Finalmente, el uso del plural, tanto en la narración de historias como en el propio análisis tiene que ver con que mi participación en las situaciones narradas, o en las conversaciones reflejadas, o en los datos producidos, siempre era una participación con otras, compañeras de lucha haciendo y pensando juntas.

En cuanto al cuidado del lector, el intento es el de ser capaz de mostrarle con mi análisis lo cotidiano de un proceso que dejar morir a nuestros vecinos, sin restar un ápice de la alarma y la pulsión a hacerse cargo que nace de conocer situaciones profundamente injustas que ponen en riesgo las vidas.



## 2. VALORAR LA VIDA, DEJAR MORIR

De cómo una forma de gobierno centrada en la intervención constante al nivel de la generalidad en los procesos característicos de la población se ocupó, como ya esbozamos, Michel Foucault (*Hay que defender la sociedad*, 1976; *Seguridad, Territorio y Población*, 1978; y *El Nacimiento de la Biopolítica*, 1979)<sup>67</sup>. La biopolítica es, según Foucault, el conjunto de dispositivos de regulación de los procesos biológicos de un nuevo objeto de gobierno, la población: “cuerpo especie” (1997: 242), “masa global afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida” (nacimiento, muerte, reproducción, enfermedad) (1997: 243). Una forma de gobierno que va tomando prevalencia sobre la de la disciplina o “anatomopolítica”<sup>68</sup>, que tomaba como objeto el “cuerpo máquina” y actúa sobre él individualizándolo, adiestrándolo y extrayendo de él sus fuerzas (1997: 239-264)<sup>69</sup>.

Esta forma de gobierno de la población implica un cambio en cuanto al lugar por el que discurre el poder: si el poder soberano era la posibilidad de matar a los súbditos o dejarles vivir, con la biopolítica se da “la adquisición del poder sobre el hombre en tanto que ser viviente” (1997: 239), el derecho no de matar sino de “hacer vida” y “dejar morir” (1997: 240-241).

¿Dónde queda pues el poder soberano sobre la muerte?, se pregunta Foucault. “Fuera de la relación de poder” se responde: la muerte “es privada”, “el poder literalmente ignora la muerte”, “no tiene poder sobre ella, pero puede

---

<sup>67</sup> Las fechas en este paréntesis son en las que Foucault impartió los cursos. En las citas se usan los años de publicación de las ediciones en inglés de *Hay que defender la sociedad* (*Society Must Be Defended*, 1997) y *El nacimiento de la biopolítica* (*The Birth of Biopolitics*, 2004) y la edición en castellano de *Seguridad, Territorio, Población* (2008) porque son las que he utilizado.

<sup>68</sup> Esta división aparece en *Society Must Be Defended* pero el término concreto de “anatomopolítica” aparece en *Historia de la Sexualidad 1. La Voluntad de Saber* (1990).

<sup>69</sup> Si bien Foucault insiste en que ésta no desaparece como forma de gobierno, sí pierde preponderancia con respecto a aquella (Clase del 17 de marzo, *Society Must be Defended*, 1997).

controlar la mortalidad” pues éste sí es un fenómeno relacionado con la población (1997: 248).

Sin embargo, Foucault se sigue preguntando cómo en un sistema político centrado en la biopolítica el Estado puede exponer no sólo a sus enemigos sino también a sus propios ciudadanos al riesgo de muerte: “Es, creo, en este punto donde el racismo interviene”, se responde (1997: 254-255). El racismo subdivide la población en poblaciones, la especie en subespecies, y se usa para decir cuál de ellas debe vivir y cuál morir, tal y como hizo el régimen Nazi (Íbid).

En *Seguridad, Territorio, Población*, Foucault propone “sacar a la luz formas de experiencia y racionalidad a partir de las cuales se organizó, en Occidente, el poder sobre la vida” (2008: 344). Finalmente “se desplaza la cuestión del biopoder a la cuestión del gobierno de sí y de los otros” (Michel Senellart en Foucault 2008: 367). Foucault construye su teoría sobre la emergencia de la población como objeto de un gobierno de la seguridad, de la población con respecto a sus peligros y problemas internos. Uno de esos problemas, la escasez del grano, le sirve para teorizar sobre la constitución de la economía política como un “saber de gobierno” que aprehende las relaciones entre la población, el territorio y la riqueza y que determina qué procesos están en la órbita del Estado y cuáles no (2008: 116-117)<sup>70</sup>. Es lo que llama la gubernamentalización del Estado, o el Estado como un actor, entre otros, del gobierno neoliberal: interviene, a través de cálculos estadísticos, para regular conductas ajustándolas al principio de la escasez.

---

<sup>70</sup> “En síntesis, el paso de un arte de gobernar a una ciencia política, el paso de un régimen dominado por las estructuras de soberanía a un régimen dominado por las técnicas de gobierno, se dan en el siglo XVIII en torno de la población y, por consiguiente, del nacimiento de la economía política” (Foucault 2008: 113). Foucault se centra en la cuestión del Estado no como entidad per se sino porque el análisis del gobierno de los procesos biológicos de las masas humanas implica al Estado.

Desde ahí, Foucault continúa en sus trabajos analizando el neoliberalismo como forma de gobierno que toma los principios de la economía de mercado — la competencia y la libre elección — y los pone en el centro del arte de gobernar. El Estado, esa “realidad compuesta”, ese “efecto móvil de un régimen de gubernamentalidades múltiples” (*The Birth of Biopolitics* 2004: 77) produce el orden jurídico que, lejos de ser una superestructura, da forma a una economía basada en el continuo crecimiento y la competencia. Estas son las condiciones de posibilidad para la emergencia de subjetividades concretas, formas de gobierno de sí, éticas del empresario de sí, de las que el autor se ocuparía a partir de 1980.

Así, Foucault dejó abierta (al menos más abierta que otras) la cuestión del poder de dejar morir en un sistema político centrado en la biopolítica. A partir de lo que dejó, algunas investigadoras se han preguntando cómo seguir<sup>71</sup>.

De la discusión entre los diferentes caminos que nacen del esbozo foucaultiano de biopolítica me interesa aquí centrarme en un nudo: la relación entre generalidad y contingencia de esa forma de gobierno que valora las vidas y deja morir. En las situaciones de las que se ocupa esta tesis se dan cálculos sobre qué vidas valen y cuánto y cuáles no valen, cálculos que están en relación con un trenzado de lógicas (el racismo, pero también lógicas burocráticas y de empresa). Tomando como punto de partida la “escasez” de los recursos del sistema sanitario, se abren ciertas preguntas que se han constituido como un patrón común, que no una generalidad a priori: ¿quién paga este tratamiento? ¿cuánto “vale” tratar a esta persona? ¿“vale” esta persona ese

---

<sup>71</sup> La definición de qué es y qué no es biopolítica es un campo de atesoramiento de capital simbólico y laboral en la academia. “Pero la distinción entre biopolítica y lo que he llamado desde entonces políticas de vida se me ocurrió en una conversación que tuve con Paul Rabinow en Berkeley, cuando con mucha relevancia me dijo que, definitivamente, mi trabajo no tenía nada que ver con la biopolítica de Michel Foucault” (Didier Fassin, 2012: 57, mi traducción).

“gasto”?<sup>72</sup> Y, al tiempo, de las mismas condiciones de posibilidad emergen otras preguntas que ponen en cuestión esa escasez y abren el espacio de la política: ¿qué tipo de sistema sanitario construimos que nos proteja a todos? ¿cómo lo hacemos?

### 2.1. Nuda vida, política

Una de las líneas que se han trazado a partir del concepto de biopolítica viene del proyecto teórico del filósofo italiano Giorgio Agamben, emprendido en su libro *Homo Sacer. Sovereign Power and Bare Life* (1998) (Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida). Agamben parte de Carl Schmitt, filósofo político que argumentó que el poder soberano en las democracias occidentales está en “la vida expuesta a la muerte”; es cuando el soberano declara el estado de excepción, cuando la ley se suspende, que se ejerce la verdadera soberanía, el poder de matar (1996)<sup>73</sup>. Agamben desarrolla esta tesis poniéndola en diálogo con la división que Hannah Arendt hacía entre el ser biológico y económico (que ha de permanecer en el ámbito privado) y el ser político (que se conduce a través de la acción en la esfera pública)<sup>74</sup>. Para Arendt, ésta última se concreta en la posibilidad del ser humano de actuar políticamente y eso pasa por tener reconocida la pertenencia a un Estado, esto es, la ciudadanía (1951, 1958). El totalitarismo, sobre el que escribió tan brillantemente Arendt, dejó a las gentes

---

<sup>72</sup> La formulación de las dos últimas preguntas es efecto de numerosas conversaciones con compañeras, con trabajadoras de centros sanitarios en los mostradores, con personas usuarias del sistema sanitario... pero finalmente tomaron esa forma en la respuesta que Ainhoa Montoya me dio a una consulta sobre el título de esta tesis (comunicación personal 18 de septiembre de 2015).

<sup>73</sup> Carl Schmitt se convirtió en un filósofo de referencia del régimen Nazi.

<sup>74</sup> Hannah Arendt huyó de Alemania a Francia en 1933, donde en 1940 la encerraron en un campo de internamiento nazi del que se escapó hacia Estados Unidos ese mismo año. Desde 1937, cuando los nazis le retiraron la nacionalidad alemana, fue apátrida hasta que recibió el pasaporte norteamericano en 1951.

sin esa protección de la ciudadanía, que no se podía sustituir por la de unos derechos humanos que, sin estatus de ciudadano, no se pueden ejercer:

“Sólo con una humanidad completamente organizada puede la pérdida del hogar y del estatus político convertirse en algo idéntico a la total expulsión de la humanidad (...) la condición de una completa falta de derechos (la apatridia) se creó antes de que se retara el derecho a la vida.” (1951: 297 y 300)

Agamben traslada esta división a una contemporaneidad diferente de las de los regímenes totalitarios sobre los que escribió Arendt. Interpreta que la biopolítica, que entiende como el gobierno de los cuerpos, tiene un lugar privilegiado para ejercer el “poder de matar” en el campo de concentración, donde la excepción es la norma y los sujetos quedan despojados de lo que les hace formar parte de la humanidad para quedar desnudos, en una nuda vida (*bare life*) meramente biológica, que se presupone “no relacional” y de la que se puede prescindir sin que su muerte sea un sacrificio (Agamben 1995: 126-135). El campo, para este filósofo, no es solo el campo de concentración físico sino que se extiende, como metáfora analítica del lugar de excepción, a otros lugares del mundo contemporáneo: los campos de refugiados, los centros de detención, o, siguiendo este razonamiento, los centros sanitarios donde se decide caso por caso quién puede tener atención sanitaria y quién no. La excepción, incluso cuando permite u ordena una inclusión individual excluye, porque al funcionar como principio rompe las diferencias con la norma, con la membresía política, con la protección jurídica que esta da.

La publicación de *Homo sacer* tuvo un importante impacto, sobre todo en algunos círculos de la academia norteamericana, entre ellos la antropología. Basta con hacer un rastreo de citas para comprobarlo: 11.100 citas

para los descriptores “*Anthropology*” + “*Agamben*” en *Google Scholar*<sup>75</sup>. Mientras algunos antropólogos que han trabajado sobre Foucault rechazan de plano el proyecto de Agamben, otros lo han utilizado, matizándolo y discutiéndolo en diversos grados y momentos.

Los autores que trataremos aquí prestan atención a la contingencia de un poder y un modo de gobernar — neoliberal — que no se localiza solamente en el Estado y su soberanía sino que discurre entre nosotros, también en lo infinitesimal y adopta múltiples formas y construye diversas subjetividades. Impugnan esa división entre ser biológico, ser económico y ser político: en el propio centro de la construcción de las nudas vidas, sin derechos reconocidos y atravesadas por los gobiernos del hacer vida y el dejar morir, se hace política. Estos autores a su vez difieren entre ellos al menos en dos puntos: si hay construcciones culturales (de etnia, de raza, de género, religiosas) que intervienen en la conexión de las contingencias en un patrón común o más general; y en cómo esa política que nace en el centro de la nuda vida es capaz de afectar situaciones marcadas por violencias estructurales.

En su libro *Neoliberalism as Exception. Mutations in Citizenship and Sovereignty* (Neoliberalismo como excepción. Mutaciones en la ciudadanía y la soberanía) la antropóloga Aihwa Ong liga las prácticas de excepción con marcos normativos, de discurso, práctica y de subjetividad concretos, en especial el neoliberal (2006). Ong defiende que el neoliberalismo está reconfigurando relaciones entre el gobierno y los gobernados, entre poder y conocimiento, entre soberanía y territorio, produciendo alineamientos específicos entre racionalidad de mercado, soberanía y ciudadanía. El neoliberalismo, para Ong, no es una

---

<sup>75</sup> Última búsqueda, 21 de octubre de 2015.

cultura ni una estructura sino un “ensamblaje de técnicas de cálculo móviles” que se pueden descontextualizar y recontextualizar (2006: 3)<sup>76</sup>. La excepción como técnica de cálculo se puede usar tanto para excluir como para incluir. Y hay gradientes en esa inclusión: por ejemplo la exclusión de trabajadores migrantes en el sureste asiático, sobre la que se asienta la construcción de estándares de vida creados por políticas de mercado y, al tiempo, la persistencia en Rusia de subsidios a la vivienda y algunos derechos sociales “incluso cuando se introducen técnicas neoliberales en prácticas de presupuesto urbano” (2006: 4).

Los espacios de excepción que crea el neoliberalismo, dice Ong, no siempre están definidos por límites políticos previos — la soberanía por ejemplo — sino que emergen de los cálculos neoliberales — optimización — y de los de disciplinamiento — explotación —. Es en esas operaciones, en esos cálculos, cuando emergen nuevas nociones de lo que significa ser humano. Lo que Ong llama la “reforma neoliberal” guía la selección de poblaciones sobre las que se toman decisiones calculadas orientadas por valores, dando o quitando valor a la conducta humana, creando sujetos que valen más o menos. Pero no sólo la reforma neoliberal es la guía, dice Ong: el neoliberalismo se encuentra con otros regímenes éticos — por ejemplo, la religión — que determinan el valor de la vida humana. Al encontrarse, estos regímenes éticos más que enfrentarse friccionan, y de ahí parten nociones y prácticas nuevas que, dado que se encuentran en un lugar de excepción, se caracterizan por la contingencia<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> La autora trabaja situaciones poscoloniales, autoritarias y post-socialistas en el este y el sureste de Asia. Las traducciones son mías.

<sup>77</sup> En su crítica a Agamben, Ong señala que al establecer esa separación rígida entre ser biológico y ser político y situar a este último como condición de pertenencia a la humanidad se supone una norma universal de humanidad “como la única medida analítica y ética de las situaciones vividas (...) descontando la validez de otros discursos morales universalizantes que plantean otras normas ética de humanidad”, como la religión (2006: 9).

La división entre ser biológico y ser político encierra una búsqueda de coherencia y unicidad de los sujetos y también de la forma en la que estos son gobernados y se gobiernan. Significa un cierre a la contingencia. En vez de hacer un diagnóstico general, se puede examinar en cada situación qué ensamblajes se dan entre prácticas, sujetos, ética y política, qué cálculos se hacen para valorar la vida y qué vidas valen más y cuáles menos. Es lo que argumentan los antropólogos Stephen Collier y Andrew Lakoff, quienes han acuñado el término “regímenes de vida” (2008). Los regímenes de vida serían una herramienta metodológica para “mapear lugares de problematización” ética, esto es, para identificar los elementos — técnicas, sujetos, normas — a través de los cuales se plantea, en una situación concreta, la pregunta de “¿cómo vivir?” (2008: 23) <sup>78</sup>.

Esas problemáticas éticas no necesariamente han de surgir de un sustrato común como sería la pertenencia a una humanidad definida como polis. Por el contrario, “la política está siendo reconfigurada en formas más provisionales y parciales alrededor de problemas de la existencia colectiva relacionados con la propia vida” (Ibid). Construir un discurso y una práctica en términos de las necesidades que tenemos como seres vivientes es también hacer política, lo que Collier y Lakoff llaman *counter politics of sheer life* (contra política de la nuda vida).

Una de las problemáticas éticas que abordan Collier y Lakoff es la de la excepción, esas situaciones en las que hay una norma que se puede no cumplir en virtud de esa excepción. Lo hacen sobre todo comentando el trabajo de Lawrence Cohen sobre las regulaciones del comercio de órganos en India (2008).

---

<sup>78</sup> “On Regimes of Living” es un capítulo que Collier y Lakoff publican dentro de un libro editado por Aiwah Ong y el propio Collier (2008). En este texto, los autores hilan varios de los capítulos del libro en una reflexión sobre la ética, la tecnología y la biopolítica, incluido el de Lawrence Cohen del que se puede encontrar una breve descripción más abajo.



Cohen analiza cómo se conjugan varios procesos para hacer que unos grupos de población, los más pobres, estén más disponibles para vender sus órganos como forma de obtener ingresos. La ley en India no permite vender órganos pero establece una excepción que permite regalarlos a familiares y amigos. Una excepción que pronto se convierte en norma. Este proceso se compone de varios: los desarrollos de la medicina, la tecnología y las comunicaciones; el hecho de que las mujeres que comercian con sus órganos ya saben lo que es ser intervenidas quirúrgicamente por otras razones diferentes a la enfermedad, en programas estatales de esterilización; y las concepciones cambiantes de la vida.

Todo ello constituye un régimen de vida que se ocupa, dicen Collier y Lakoff, de las cosas ordinarias de la vida, que no da soluciones permanentes y cuyo razonamiento ético no reordena todo en torno a una vida unificada, coherente. Collier y Lakoff señalan que su propósito es, en lugar de hacer “una denuncia general de la ética de la excepción”, ver los problemas éticos en la estructura de la misma y cómo la atención a un valor en particular ataca juicios éticos que se dan por sentados. Los “régimenes de vida” son co-constitutivos con las situaciones problemáticas, y son concretos. Ante una situación abierta por la excepción, los “régimenes de vida” son un razonamiento moral situado que guía en la graduación de la humanidad, en cómo debe ser la sociedad como tipo peculiar de sujeto ético, qué es lo bueno y qué no lo es. No son efecto de la cultura compartida, dicen estos autores, sino de la intersección entre tecnología, política y valores, “una configuración de elementos normativos, técnicos y políticos que se conforman en una alienación en situaciones que presentan problemas éticos para dar una guía para la acción” (2008: 23).

La herramienta de los regímenes de vida resulta útil para entender situaciones de las que se ocupa esta tesis. La atención al valor que se otorga al “abuso” y a su cognato, “la amenaza” que se cierne sobre el sistema sanitario ataca juicios éticos como que el centro de salud ha de cuidar la salud del barrio y eso implica cuidar a todas las vecinas. Introduce una valoración: ¿a cuáles cuidamos y cómo? Pero esta asignación de valor, además de por una configuración de nuevas normas, sistemas informáticos, rutinas laborales, prácticas burocráticas y de empresa, está conectada con racismos cotidianos e institucionales y formas de concebir la salud que son construcciones históricas y culturales operando dentro del sistema sanitario.

En la historia con Saiful, el coordinador médico, para explicar su negativa a atender a la madre, nos decía: “es que nos ponen ante un problema ético”. No se equivocaba. En la cadena de juicios que se fueron trenzando en la historia de Saiful, el valor que se otorgó en el centro de salud a tratar a su madre fue mínimo con respecto al que se dio a otros componentes de la situación, como pueden ser la separación y división por tareas, la interpretación particular de la norma, las jerarquías laborales, los propios prejuicios, etc. Es, además, una valoración que se corresponde con el patrón común que se ha constituido en ese centro de salud. Sin embargo, la experiencia con esta familia y con otras no encaja con una generalización de las mismas como historias de nudas vidas, ejemplos de una generalidad. Si el efecto de esos juicios es la constitución de nudas vidas a las que se les deja morir, al tiempo esos juicios se han de enfrentar al disenso, a otra valoración de la vida, una que quiere sostenerla, que se hace cargo, que se enfrenta a la negación de derechos, que los testea, los reclama sobre el terreno. En palabras de Jacques Rancière en su artículo *Who is the Subject of Human*

*Rights* (2004), una situación de negación de derechos no es sinónimo de un ser humano apolítico sino todo lo contrario, es una situación intrínsecamente política.

## **2.2. Gobernar la humanidad**

Otro antropólogo que ha continuado el desarrollo del concepto de la biopolítica es João Biehl, que lanza una pregunta concreta a la teoría foucaltiana: “¿cuándo y bajo qué condiciones la inclusión y la exclusión de la gente del radar del gobierno deja de ser una preocupación de seguridad?” (Biehl en Ilana Feldman y Miriam Ticktin 2010: 154, mi traducción).

En su trabajo con una comunidad de apoyo a personas con VIH en Bahía (Brasil), Biehl señala que si bien el reparto de medicación para tratar los síntomas de la enfermedad ha sido una de las acciones que han construido el “alcance universal” del Estado, los fármacos sólo han llegado a unos pocos y otros, los más vulnerabilizados, no han accedido a ellos, expuestos en “zonas de abandono” donde se les deja morir (2001, 2010). Biehl se pregunta por cómo se construye la gente como “segmentos del mercado farmacéutico” y qué idiomas de “humanidad” los hacen visibles y óptimos para esa construcción. En el triage diario para formar parte de una comunidad de apoyo a personas con VIH llamada Casaah, Biehl describe una economía del cuidado que ha ido cristalizando al tiempo que esa comunidad se ha ido profesionalizando e institucionalizando recibiendo fondos de organismos internacionales. La Casaah, dice Biehl, crea un espacio libre de estigma para las personas con VIH pero también alienta una competición en torno a la adherencia al tratamiento y a las ayudas monetarias que se pueden conseguir. Demostrar auto identificación con un ejercicio de superación enmarcado en un discurso religioso y romper con la

vida anterior (vida en la calle, uso de drogas), así como la consecución de un trabajo son condiciones de posibilidad para formar parte de la comunidad y beneficiarse de ella<sup>79</sup>. Y esto se tiene que demostrar de continuo. “Extender la vida es un trabajo”, dice Biehl, porque hay que renegociar con los medios que se tengan una subjetividad construida en torno a la “voluntad de vivir” (2010: 156).

Para este antropólogo, de estas economías de vida emerge una “forma humana dominante” que traduce ese triage médico en capital social y laboral. Estos análisis situados se refieren, según Biehl, tanto a “lo micro” como a “lo macro”: hay sistemas de valores y decisiones políticas que se juegan en el triage médico que tienen que ver con políticas nacionales y globales de salud en un contexto neoliberal de iniciativas públicas y privadas. En ese triage, algunas de las subjetividades que se forman (en concreto la animada por esa “voluntad de vivir”) están legitimadas por “un discurso humanitario y farmacéutico de salvar vidas y de empoderamiento cívico” (2010: 182). Así, a pesar de una apertura a la contingencia, a “poner luz sobre campos localizados y multidimensionales”, Biehl también encuentra principios generales en esas zonas de abandono. El reparto de medicamentos se enmarca en un discurso de derechos humanos que busca cómo optimizar, proporcionar las drogas a los pacientes óptimos con más perspectivas de adherencia. En la lucha por ser un paciente óptimo, por triunfar en esas prácticas de inclusión diferencial (Ávila 2012), se crean circuitos de cuidado que, no obstante, no terminan con las desigualdades ni transforman los aparatos burocráticos del estado ni de la institución médica. La política aquí, dice

---

<sup>79</sup> Lo ordinario de la vida puede determinar ese no ajustarse a una economía de vida; puede ser, como relata Biehl que le ocurre a José Araújo, el resultado de algo tan cotidiano como tener rota la bicicleta y, por tanto, no contar con el medio de transporte que le permite desplazarse, con su pierna coja, en busca de trabajos por la ciudad (2010: 160).

Biehl, no es una esfera sino “una falta, una tecnología y un proceso, todo a la vez” (2010: 166).

Esa preocupación por la emergencia de “formas humanas dominantes” que conectan con violencias estructurales ha sido el objeto de estudio de algunos autores que trabajan en contextos contruidos como de “excepción humanitaria”, ya sea en campos de refugiados o con respecto a las excepciones humanitarias que permiten a los sin papeles conseguir la documentación (Michel Agier 2002, Didier Fassin 2001, Miriam Ticktin 2011). Los sujetos, para poder “salvarse”, para que les “salven”, señalan estos autores, han de construirse y representarse apolíticos, meros seres vivientes. Los trabajadores humanitarios (o los médicos, o los trabajadores sociales) que “salvan” deciden a quién, en un ejercicio de valoración de las vidas fuertemente determinado por construcciones culturales de género y por la racialización de las “víctimas” (Fassin 2001, 2007, 2009).

Sin embargo, ese ejercicio de valoración se oscurece tras un universal, el de “humanidad”. Además de la población, dicen estos autores, la biopolítica construye y regula otro objeto de gobierno: la humanidad.

Como editoras del libro titulado *In the Name of Humanity. The Government of Threat and Care* (En nombre de la humanidad. El gobierno de la amenaza y el cuidado, 2010), las antropólogas Ilana Feldman y Miriam Ticktin tienen por objeto hilar textos de diferentes autoras en torno a una pregunta: “¿qué es gobernar, luchar y cuidar en nombre de la humanidad?” (2010: 1). Tal y como explican en la introducción, “humanidad” es una “categoría” que se llena con universales: no es el conjunto de todos los hombres y mujeres sino lo común que compartimos los seres humanos por el hecho de serlo. Pero, ¿qué es ese común y quién lo decide? “Humanidad” como categoría ha sido ampliamente criticada: los

enunciados que presuponen ese universal encierran un particular, como han mostrado los movimientos de descolonización, antirracistas y feministas (Franz Fanon 1961, Assata Shakur 2014, entre muchas otras)

En vez de entrar en una discusión entre estos dos polos (universal versus particular), Feldman y Ticktin proponen abordarla desde el lateral, pensando con textos que exploran los efectos que produce enunciar “humanidad” para enfrentarse a situaciones particulares. Como categoría, “humanidad” quizá sea, dicen las autoras, una de las que más fuerza tienen en el imaginario político y ético contemporáneo; sirve de base para y se expresa de forma concreta en dispositivos de gobierno (2010: 3).

Esta fuerza, este consenso que crea a su alrededor la categoría “humanidad” no evita sino que más bien implica “compromisos difíciles” con la misma<sup>80</sup>. Porque lo que es la humanidad se define, frecuentemente, por lo que se siente pone en peligro a la humanidad, lo que no es humano. La simpatía y la compasión y el miedo y la inseguridad van unidos: “la capacidad de evocar compasión por otros está unida a la tendencia de identificar a esos otros como amenaza” (2010: 5). Entienden, pues, que la humanidad, como objeto de cuidado y al mismo tiempo fuente de angustia, es un objeto de gobierno diferente a la población: es la articulación de su objeto de gobierno en términos de humanidad lo que permite a las ONGs y a los estados gobernar sobre las vidas, “operacionalizando la idea de humanidad para producir orden, prosperidad y seguridad” (2010: 5).

---

<sup>80</sup> Las autoras usan aquí el término de Anna Tsing, “*sticky engagements*”, compromisos difíciles, o pegajosos, para describir la relación con las categorías universales (2010: 3).

Si la población como objeto de gobierno era la masa global de seres vivientes en cuanto a sus procesos biológicos, y el gobierno de la población consistía en regular esos procesos en pos de la eficiencia y el crecimiento económicos en un marco normativo neoliberal, la humanidad como objeto de gobierno presupone otro vínculo: el de los seres vivientes como seres humanos, partes de un todo que sería como una esencia trascendente, unificada y a la vez mínima.

El problema, ven estas autoras, es que la humanidad, como categoría, “a veces es demasiado fuerte para permitir la proliferación de otras formas de imaginar conexiones” (2010: 13): vínculos como el de ciudadanía, o comunidad, u otros.

El vínculo de la humanidad, pues, trenza una desigualdad de partida, porque implica una gradación en el valor que se da a las vidas, al no ser capaz de contenerlas todas en plano de igualdad, al encerrar un particular en su seno. En el capítulo con el que contribuye al libro de Feldman y Ticktin, el antropólogo Didier Fassin insiste en una pregunta que ya se hacía en un artículo de 2009 sobre biopolítica y salud: ¿qué significa que se deje morir a algunos? ¿qué diferencias de valor en vidas humanas implica ese dejar morir? Las políticas sanitarias, señala el antropólogo, tienen un impacto que va más allá de regular a la población conociendo sus índices de mortalidad; además de los cálculos, las diferencias en esos índices significan diferencias en el valor que se da a las vidas: “hay un juicio de valor” (2009: 53).

### 2.3. Operaciones de gobierno que se dan paso

¿Quién es responsable de esa valoración? Para intentar responder a esta pregunta me resulta más útil pensar en una cadena de valoraciones, una serie de cálculos y operaciones de gobierno asociadas que discurren y *se van dando paso*, incluyendo, excluyendo, volviendo a incluir de otra manera, graduando. Es de esa gradación de la que somos, cada cual y colectivamente, responsables. De dejarnos gobernar por esa operación de gradación del valor de las vidas; pero también de desgobernarnos y hacernos cargo de las vidas, sostenerlas, vincularnos asumiendo la igualdad (y no una categoría universal como “humanidad”) como a priori (Jacques Rancière 2003). Una parte de ese proceso de desgobierno de nosotros mismos es precisamente conocer críticamente las operaciones y los dispositivos que entran a jugar en las situaciones de exclusión sanitaria.

#### 2.3.1 Operaciones específicas en la graduación del valor de las vidas

En su libro *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*, el sociólogo Christian Laval y el filósofo Pierre Dardot dedican un capítulo extenso a “La fábrica del sujeto neoliberal”, esa norma subjetiva nueva que construye un sujeto competitivo, empresarial (2013: 326). Estos autores señalan que la “red de sanciones, incentivos, implicaciones” que construye al sujeto neoliberal tiene como efecto “producir funcionamientos psíquicos de nuevo tipo”, lo que llaman “las clínicas del neosujeto” (2013: 366). Lo que tienen en común todos esos “efectos patológicos” es que emergen de situar la verdad del sujeto — la prueba de su valor y de su ser — en el rendimiento definido en términos empresariales. Una de las consecuencias de esa auto-exigencia sin límites es la desmoralización, dicen Laval y Dardot (2013: 370). Se movilizan



sentimientos y afectos en nombre de la eficacia, hay una obligación de bienestar, no se logra, los demás con los que se compite sí lo han logrado... Erosionado el vínculo social y puesto todo el esfuerzo, también afectivo, en el éxito individual y sin límite,

“¿cómo hacer para que se apoyen mutuamente sujetos que no le deben nada a nadie?: “sin duda, la desconfianza, incluso el odio, hacia los malos pobres, los perezosos, los viejos improductivos y los inmigrantes tiene efectos de ‘cola’ social. Pero también tiene efectos *boomerang*, dado que cada cual siente la amenaza de volverse algún día ineficaz e inútil” (2009: 371).

Esta parte del trabajo de Laval y Dardot está centrado en mostrar cómo se producen las formas de subjetivación conforme a la lógica neoliberal del hombre empresa y los efectos patológicos que este tipo de subjetivación acarrea. Aquí vamos a intentar continuar partiendo de ellos y continuando por esa zona de sombra donde se despliegan operaciones específicas sobre los que han caído de la carrera. Los “inmigrantes vagos” y “consumidores de bienestar” no son sólo una ‘cola social’ efecto de las clínicas del neoliberalismo que emergen de la auto exigencia y el rendimiento sin límites. El gobierno no sólo se ocupa de la responsabilización de grupos de población sino también de la irresponsabilización de otros, de la formas en las que se les incorpora de forma excluyente o, directamente, se les excluye, castiga e incluso mata (Jonathan Xavier Inda 2006)<sup>81</sup>.

---

<sup>81</sup> En *Targeting Immigrants. Government, Technology, and Ethics*, Inda construye su teorización sobre la base de varios autores como Nikolas Rose, Gilles Deleuze, Mitchell Dean y Pat O'Malley, que hablan de sociedad post-social. En ella, los individuos aseguran su bienestar en el mercado y esta racionalidad se ha extendido a todos los dominios antes gobernados por lógicas sociales y burocráticas del *welfarism*. He aquí una diferencia primordial con Laval y Dardot, que entienden que no se trata tanto de que la lógica del mercado desplace la lógica social y burocrática sino que juega con ellas, se reajusta a ellas y las muta (Capítulos 4 y 6).

En su libro, Inda presenta una investigación etnográfica analizando fuentes secundarias (estudios, informes, documentos legales, artículos de prensa, etc.) para mostrar cómo una amalgama de actores, y no sólo el Estado sino también y de forma creciente empresas privadas que trabajan con o para él, han construido a los sin papeles como objeto de conocimiento e intervenciones de gobierno. Se despliegan técnicas de gobierno, de ciudadanía (Barbara Cruikshank en Inda 2006), encaminadas a dirigir la conducta para reintegrar a los sujetos: por ejemplo, los programas sobre ayudas sociales, cada vez más individualizados, monitorizados y que llevan aparejados un sistema de evaluación unido a incentivos y penalizaciones. Pero también se gobierna a estos grupos de población con técnicas anti-ciudadanía fuertemente racializadas que, según Inda, asumen que la exclusión es inevitable y se encaminan a contener y, en su caso, reprimir el riesgo que estos grupos de población suponen para el resto, justamente por no asumir sus propios riesgos y proveerse de la seguridad necesaria para controlarlos. Aquí, en este punto, es donde se despliega el gobierno a través del *workfare* y el crimen (Lôis Wacquant 2008, 2009, 2010)<sup>82</sup>. En el extremo del gobierno a través del crimen que se puede desplegar, apoyándose en artefactos cotidianos, en espacios de protección como los centros sanitarios podemos encontrar la detención de Ishul, que fue al centro de salud de

---

<sup>82</sup> Lôis Wacquant entiende por “*workfare*” el gobierno que resulta de los cambios en los dispositivos de protección del Estado del Bienestar que, con la introducción de lógicas neoliberales, han desplegado de forma más sistemática sus funciones de disciplinamiento, control y castigo a los grupos de población que trabajan y son pobres. El gobierno a través del crimen (construir a estos grupos de población como criminales sobre los que se despliegan técnicas de castigo y a los que se les encierra – *prisonfare*) es otra pata de ese “estado neoliberal” que Wacquant describe en su libro *Punishing the Poor* (2009) y en un artículo que escribió al año siguiente “*Crafting the Neoliberal State: Workfare, Prisonfare and Social Insecurity*” (2010). Para una crítica del análisis de Wacquant, sobre todo en cuanto a su concepción totalizante del Estado y del neoliberalismo como doctrina que “se derramara hacia abajo” (Verónica Gago 2014) ver Ainhua Montoya 2014: [http://www.anthropologymatters.com/index.php/anth\\_matters/article/view/417/539](http://www.anthropologymatters.com/index.php/anth_matters/article/view/417/539)

mi barrio y acabó montado en un avión que le deportaba a su país, Bangladesh. Las personas sin tarjeta, en ese centro de salud, tienen que llevar el original del pasaporte cada vez que quieren ver a un médico. Para las personas sin papeles esto supone un riesgo, porque si te paran en una redada racista y llevas el pasaporte encima es prueba de tu nacionalidad y es más fácil deportarte en las 72 horas de detención antes de volver a la calle o ir al CIE<sup>83</sup>. Ishul, al salir de la consulta del médico, se encontró con dos policías que habían llevado a alguien allí. Aprovecharon para pedirle los papeles y cogerle el pasaporte que sobresalía del bolsillo trasero de su pantalón. Como se resistió en el avión, Ishul sigue por las calles del barrio y nos pudo contar su historia en mayo de 2015<sup>84</sup>. Otros vecinos sin papeles del barrio señalan que hace tiempo que no van a ese centro, porque les tratan mal y si no aguantan y tienen algún enfrentamiento pueden acabar detenidos, lo que puede llevarles al CIE y/o a la deportación<sup>85</sup>.

La historia de Ishul es, como decíamos, un extremo, si bien uno cotidiano que puede volver a suceder porque sus condiciones de posibilidad siguen ahí. Pero el funcionamiento entre técnicas de inclusión y técnicas de exclusión también puede generar efectos violentos sin que intervengan dispositivos policiales. Esta distinción entre técnicas de inclusión y técnicas de exclusión es útil si tenemos en cuenta que unas y otras se dan paso en la misma situación. Es decir, no es que una sustituya a la otra sino que funcionan juntas, pero de manera diferente según los grupos sociales: para las personas a las que se les ha quitado

---

<sup>83</sup> Para saber más sobre deportaciones exprés se puede consultar: SMJ 2014, apdha 2015.

<sup>84</sup> En ocasiones, el comandante del vuelo se niega a fletar el avión, que opera vuelos comerciales y lleva otros pasajeros, si hay una persona que va a ser deportada y esto se hace visible, entre otras maneras expresando que está ahí en contra de su voluntad. Ver los informes arriba citados. Varias compañeras de redes de apoyo de migrantes y autóctonos tuvimos una charla con Ishul en mayo de 2015.

<sup>85</sup> Este es un asunto que se discutió en una asamblea vecinal del barrio en el verano de 2015.

la tarjeta sanitaria, el efecto de este funcionamiento particular entre las diferentes técnicas es una forma de gobierno que las deja morir, en ocasiones literalmente.

Pensemos en cómo funcionaba uno de los programas especiales para el acceso de migrantes sin papeles al sistema sanitario público, el de la Comunidad Valenciana, en vigor desde 2013 hasta mayo de 2015. Aunque a mediados de julio de 2015 se comenzó a aplicar una nueva ley en la región que reconoce el derecho de los migrantes sin papeles a la asistencia sanitaria en el sistema público, el anterior programa especial ha sido el modelo del gobierno central para proponer el suyo, que avanza según escribo estas líneas. Con un diseño propio de una lógica que incluye diferencialmente a las personas, funcionaba sobre el terreno como un embudo que dejaba morir.

Las compañeras de *Jo Sí Sanitat Universal Valencia* hacen un análisis crítico del Programa Valenciano de Protección de la Salud, que se puso en marcha el 31 de julio de 2013 y duró hasta que en la primavera de 2015 el nuevo gobierno de la comunidad pidió la derogación del decreto estatal y aprobó una nueva legislación más garantista<sup>86</sup>. Las acompañamos aquí al tiempo que conocemos la historia de Mila, una mujer que en julio de 2014 sufría sangrados durante su embarazo y acudió de urgencias al Hospital de Denia, donde le exigieron firmar un compromiso de pago de 185€; Mila se dio la vuelta y se fue a casa a hacer reposo, pero el dolor la llevó de nuevo con su marido al hospital al día siguiente, donde tuvo que firmar ese compromiso. Le dieron una cita para tres días después y durante la espera recibió una llamada de una persona que le recriminaba “cómo se había atrevido a pedir cita” si no tenía tarjeta sanitaria, al tiempo que le dirigía a la trabajadora social. Mila se asustó y no fue a esa cita que tenía concertada con el médico. Se puso en contacto con el colectivo *Jo Sí. Juntas*, tras dos semanas de periplo para conseguir los papeles que le solicitaba la trabajadora social para incluirla en el programa valenciano,

---

<sup>86</sup> Programa valenciano de salud:

[http://www.san.gva.es/documents/152919/169224/PROTECCION\\_SALUD.pdf](http://www.san.gva.es/documents/152919/169224/PROTECCION_SALUD.pdf). Para consultar la norma actual ver *DECRETO LEY 3/2015*, de 24 de julio, *del Consell*, por el que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana: [www.docv.gva.es/datos/2015/07/29/pdf/2015\\_6818.pdf](http://www.docv.gva.es/datos/2015/07/29/pdf/2015_6818.pdf) (último acceso 21 de octubre de 2015).

consiguió una cita con el médico que certificó que había tenido un aborto<sup>87</sup>.

Para tener el documento del programa valenciano de protección de la salud, cuentan desde *Jo Sí Sanitat Universal Valencia*, hay que pedir cita con la trabajadora social del centro de salud. Aquí está el primer problema porque en muchos centros ese programa no se conoce: “pero para qué quieres cita, si no tienes derecho” han escuchado las compañeras de *Jo Sí*: “algunas (auxiliares administrativas) nos han reconocido que tienen órdenes internas de no difundir (el programa)”. A veces los centros de salud no tienen trabajadora social o ésta rota por varios centros de modo que las personas tienen que recurrir a la trabajadora social del ayuntamiento, “que conoce aún menos el programa”. Hay que tener un año de empadronamiento y los documentos que prueban que no tienes “cobertura sanitaria” en otro país: “hemos documentado cómo esto ha dejado fuera a personas marroquíes porque ese papel no se puede conseguir”. El documento del programa valenciano dura un año y luego hay que renovarlo: “nos han reconocido que se ha hecho sólo para cosas graves”; además, lo común es que “tarde meses” en obtenerse. Pero incluso si tarda dos o tres semanas, “los sangrados y los compromisos de pago” se siguen sucediendo. “Como con Mila”.

(Texto escrito a partir de un intercambio colectivo de información con *Jo Sí Sanitat Universal* del 1 de abril de 2015)<sup>88</sup>.

En el verano de 2015 tuvimos conocimiento del inicio de procedimientos que son castigos administrativos por reclamar “el derecho” a la asistencia sanitaria. Las Delegaciones de Gobierno de Barcelona, Murcia y Madrid estaban revocando permisos de residencia a familiares de ciudadanos comunitarios, personas que habían solicitado “el reconocimiento a la asistencia sanitaria” y, al negárselo el INSS, habían puesto una demanda contra este instituto. Las Delegaciones de Gobierno alegaron que estas personas obtuvieron sus permisos de residencia sin presentar el contrato del seguro médico privado, un requisito

---

<sup>87</sup> Mila quiso contar su historia a la periodista de *eldiario.es* Laura Olías, “Una inmigrante sufre un aborto tras ser rechazada varias veces por un hospital público valenciano”, 31 de agosto de 2014, [http://www.eldiario.es/sociedad/aborto-rechazos-hospital-publico-valenciano\\_0\\_297120878.html](http://www.eldiario.es/sociedad/aborto-rechazos-hospital-publico-valenciano_0_297120878.html) (último acceso 25 de julio de 2015). El Hospital respondió con una nota de prensa afirmando que ella era la responsable de no haber acudido a la cita con su médico. *Yo Sí Sanidad Universal* y *Jo Si Sanitat Universal* publicaron un comunicado de respuesta al hospital: <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/respuesta-de-yo-si-sanidad>

<sup>88</sup> Para conocer las situaciones de exclusión sanitaria que se han dado en la Comunidad Valenciana se puede consultar la página web [www.josisanitatvalencia.net](http://www.josisanitatvalencia.net), el registro de situaciones de exclusión de la red ODULSALUD y el de *Yo Sí Sanidad Universal*, REDES.

no cumplido que, sin embargo, no impidió a las propias delegaciones conceder los permisos. Al solicitar acceso a la sanidad pública es cuando las delegaciones “tuvieron conocimiento” de que no se contrató ese seguro privado y, por tanto, iniciaron el proceso para revocar el permiso de residencia. Un galimatías que se parece mucho a un castigo por solicitar el acceso a la sanidad pública en vez de contratar un seguro privado en el mercado<sup>89</sup>.

El cierre del acceso a la sanidad pública da paso a otra forma de inclusión, a través del mercado, que sin embargo no se traduce en protección efectiva a la salud y que tiene sus propias exclusiones. Tan sólo unos días después de que entrara en vigor la exclusión sanitaria pude fotografiar un cartel en una oficina de *La Caixa* al lado de mi casa:

“Aviso. Si no tienes permiso de residencia y no tienes acceso a la sanidad pública, con Adeslas puedes tener un seguro de salud acorde a tus necesidades. Consúltanos sin compromiso” (septiembre de 2012).

Este tipo de seguros ad hoc para sin papeles que ofrecen bancos y aseguradoras de forma conjunta no sólo se diseñaron para personas que quisieran tener su asistencia sanitaria cubierta, como reza el anuncio. Como el RD-l 16/2012 cambió los requisitos para poder obtener el permiso de residencia como familiar de ciudadano comunitario e introdujo, como ya sabemos, el requisito de contar con un seguro médico, las alianzas entre bancos y aseguradoras privadas también han lanzado al mercado seguros con este fin. En el invierno de 2014 acompañé a un amigo en este proceso. Cuando llamé a la compañía para informarme, la persona que estaba al otro lado del teléfono me

---

<sup>89</sup> Conocimos los primeros casos de “Procedimiento Inicio Extinción y Trámite de Audiencia” en Barcelona, Madrid y Murcia en junio de 2015, porque personas afectadas compartieron con colectivos los documentos que les habían enviado las secciones de Extinciones de las Oficinas de Extranjería de las Delegaciones de Gobierno. Estos procedimientos se están recurriendo.

dijo: “ah, sí, el seguro para hacerse los papeles”. Este seguro cuesta 35 euros al mes, no incluye medicinas y exige pagos por cada visita; por ejemplo, ver a una enfermera son 4 euros cada vez; ver a un médico de atención primaria son 9 euros; a un especialista, 16; hacerse una radiografía, 70. Mi amigo no fue ni una vez a un centro de esta empresa. Una vez estuvo enfermo y acudió al centro de salud del barrio, donde a pesar de los problemas que le pusieron pudo ver a un médico, pero solo de urgencia.

Quizá sean estas empresas las que tengan los números de la exclusión, ya que las instituciones sanitarias aseguran que no cuentan con estadísticas específicas sobre los grupos de población excluidos. Y, al tiempo, hay algunos grupos que ni siquiera entran en esta cuenta: la madre de Saiful por ejemplo, con las puertas del sistema público cerradas y a la que las empresas tampoco quieren asegurar. El uso diferente que se hace de una misma tecnología de gobierno, la estadística, puede dar cuenta de la relación entre maximizar la vida y regular los procesos biológicos de la población y graduar el valor que se da a las vidas y dejar morir.

### 2.3.2 Uso específico de tecnologías de gobierno: la estadística

En el gobierno de la población bajo la lógica de la seguridad la estadística permite colocar a la población en el centro de la economía, permite conocerla en sus procesos biológicos y establecer la relación entre ella, la riqueza y el territorio para regularla, para hacerla objeto de cálculo, un cálculo guiado por el principio de escasez (Foucault 2004a). Es, además, un dispositivo de subjetivación neoliberal, punto cardinal de técnicas de (auto)evaluación en base al principio de la “eficiencia” (Christian Laval y Pierre Dardot 2013, Juan Irigoyen

2010a y 2010b). Pero hay estadísticas que se recogen cuya utilidad no es tan concreta dentro de esas operaciones que distribuyen y regulan a la población.

### *Muertes que no se cuentan*

Un soleado día de octubre de 2014, a eso de la una del mediodía, llegué a la oficina del registro civil de un pequeño pueblo en la isla de Fuerteventura. Las personas que allí trabajaban me recibieron con mucha amabilidad. No me pusieron pegas cuando les enseñé el permiso para poder revisar los certificados de defunción que habían registrado desde 1990 a 2013.

La oficina era pequeña así que compartí mesa, frente a frente, con una trabajadora. Yo llevaba desde mayo viajando con este trabajo, así que era capaz de pasar las páginas muy rápido y reconocer, casi de un vistazo, los certificados de defunción de las muertes en frontera que buscaba. Cada vez que encontraba un certificado tenía que parar y copiar algunos datos en un formulario. Para los pocos libros que había en este registro (5 libros, a una media de 400-600 certificados de defunción cada uno), tuve que parar 29 veces.

En una de mis primeras paradas para apuntar mi compañera de mesa comentó: “vaya, alguno sí que hay”. Antes me había dicho que no recordaba... Conforme mis paradas se hacían más frecuentes, ella se mostraba más angustiada. Hasta que me preguntó: “Pero, ¿tantos?”. Levanté la cabeza y vi como su gesto, amable y hasta risueño al principio, se había ensombrecido. Ahí estaba, ese momento en el que una se da cuenta de que entre esos libros que están en esa estantería de su oficina está la historia de las personas que, en su intento de buscarse la vida, mueren en tu playa, en tu costa. Faltaba solo hilar la historia para descubrirla.

El Ministerio del Interior, que insiste en el número de personas que llegan en patera o intentan saltar la valla de Melilla, no cuenta con una estadística sobre estas muertes, tal y como informan desde su departamento de prensa. Tampoco ninguno de los otros territorios donde se desarrolló el estudio (Grecia, Malta, Italia y Gibraltar). La muerte de estas personas, cuando se registra, luego no se cuenta, no se narra. Los números que se repiten son los del miedo, no los de esa sombra que cambió el gesto de aquella funcionaria. “Pero, ¿tantos?”

(Fragmento, recortado, del texto que publiqué el 24 de junio de 2015 en el blog que la Fundación de los Comunes tiene en el *Periódico Diagonal*, Pérez 2015b).



*Cuando nos toca contarnos*

En el Servicio Madrileño de Salud cuentan con estadísticas sobre los extranjeros en Madrid, dónde viven, a qué centro de salud van, sus edades...<sup>90</sup> Por una coincidencia, en el año 2013 pude conocer que dos cargos de gestión (la coordinadora de un centro de salud y un cargo de Tarjeta Sanitaria) compartían este tipo de estadísticas, unos gráficos que databan de 2010, en un momento en el que en ese centro había preocupación acerca de si se podía o no atender y cómo a las personas sin tarjeta sanitaria. En una conversación con una compañera auxiliar nos preguntábamos: ¿es esto un signo de preocupación con respecto a que haya grupos de extranjeros sin tratar? ¿Tenía este intercambio que ver con un intento de preveer, regular y/o contener posibles brotes de enfermedades infecciosas en el barrio? ¿Podía esta historia tener un cariz higienista?

Desde entonces, no hemos tenido forma de saber más acerca de ese tipo de estadísticas y su uso por parte de los gestores: entre los trabajadores del SERMAS no se han difundido informes oficiales que versen sobre cuántas personas hay sin tarjeta sanitaria, dónde viven, qué centro de salud les corresponde y cuál es la prevalencia de enfermedades infecciosas en esos barrios y entre diferentes grupos de población. Han sido los profesionales los que han hecho sus cuentas. En el caso de arriba, intuimos que el uso de estadísticas viejas para explicarse la situación actual tiene que ver con una cierta angustia sobre lo que puede estar ocurriendo, que no se conoce. En otras ocasiones ese contar tiene que ver con la determinación de atender a todos, como cuando un médico y una auxiliar miran en el ordenador y sacan una lista de todos los pacientes sin tarjeta para llamarles uno a uno y que vengan a verles, algo de lo que he tenido conocimiento en decenas de ocasiones.

Los periodistas nos han preguntado cuántas personas sin tarjeta sanitaria habían contratado el convenio especial que propuso el gobierno central

---

<sup>90</sup> En la última *Memoria anual de actividad del SERMAS*, la de 2013, hay un epígrafe llamando “Ámbito de actuación” que se subdivide en dos: “Población con derecho a la asistencia sanitaria pública en la Comunidad de Madrid” y “Pirámide de población”. En los dos se da información estadística sobre población. En el primero se usa el Sistema de Información Población (la base de datos SIP que hay en los centros de salud y está conectada ahora con la base de datos de la Seguridad Social y la de Hacienda, como veremos en el Capítulo 4) para proporcionar un número, el de las personas con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en la comunidad de Madrid: 6.351.332. El texto de la memoria añade que hay otra serie de colectivos que son “igualmente atendidos”, como “las personas desplazadas temporalmente a nuestra región” o “aquellos que en virtud del RD-l 16/2012 tienen derecho a (la atención) pero no a la emisión de TSI”. Estos dos grupos suman, según la memoria, 104.449 personas. Sin embargo, aunque se mencionen, no hay información detallada de estos grupos en la memoria, como sí la había de los extranjeros en las estadísticas mencionadas en el texto, estadísticas que no he podido encontrar publicadas online en la página del SERMAS, donde sí se puede acceder a la memoria: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1354412046189&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228174&idPagina=1343068184421&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=1343068184432](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354412046189&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228174&idPagina=1343068184421&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=1343068184432)

para estos grupos de población, y que se firmaba con los servicios de salud autonómicos. Les respondíamos que recurrieran al SERMAS o al Ministerio de Sanidad, que las personas de a pie no teníamos forma de saberlo. Cuando lo hacían, el Ministerio de Sanidad decía que las competencias en Sanidad estaban transferidas y que había que preguntar a los servicios de salud autonómicos. Estos remitían a los periodistas al Ministerio de Sanidad porque la norma era de carácter estatal. Los datos que se han conseguido con respecto a estos convenios han sido en respuesta a preguntas en sede parlamentaria. En noviembre de 2013, el entonces consejero de Sanidad de Madrid, Javier Fernández Lasquetty, respondió a la pregunta del grupo UPyD: se habían recibido 47 solicitudes de convenios<sup>91</sup>. En abril de 2014, en respuesta a la pregunta de un diputado socialista, el gobierno central informó de que, en todo el país, se habían firmado 730 convenios<sup>92</sup>.

Periodistas, organizaciones y grupos políticos han criticado al gobierno que no proporcionara informe previo de “impacto económico” e informes de “impacto de aplicación” del decreto de abril de 2012. El propio Tribunal Constitucional señala que el gobierno no ha sido capaz de probar el ahorro en el que fundamentaba la urgencia de aprobar esa ley en forma de real decreto. La ONG Médicos del Mundo tacha de irresponsable al gobierno por no conocer ni dar a conocer el impacto de la norma en la salud de las personas<sup>93</sup>. Ante la falta de datos del gobierno y la insistencia de sus portavoces en afirmar en los medios de comunicación que la sanidad en España seguía siendo universal, parte del esfuerzo de varias organizaciones o colectivos en lucha contra la exclusión sanitaria se ha puesto en diseñar registros de situaciones de exclusión de modo que se pueda contabilizar y narrar lo que pasa cada día en los centros<sup>94</sup>.

---

<sup>91</sup> Cristina Mouriño, Redacción Médica, “Sanidad ha recibido 47 solicitudes de ‘sin papeles’ para el convenio especial de asistencia”, 21 de noviembre de 2013, <http://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/sanidad-ha-recibido-47-solicitudes-de-sin-papeles-para-el-convenio-especial-de-asistencia-8241> (último acceso 22 de octubre de 2015).

<sup>92</sup> Javier Bañuelos, Cadena SER, “Fracasa el ‘seguro sanitario’ para inmigrantes sin papeles”, 14 de marzo de 2015, [http://cadenaser.com/ser/2015/04/14/sociedad/1429022537\\_767007.html](http://cadenaser.com/ser/2015/04/14/sociedad/1429022537_767007.html) (último acceso 22 de octubre de 2015).

<sup>93</sup> Me refiero a los autos del Tribunal Constitucional (ATC 239/2012 – Euskadi – y ATC 114/2014 – Navarra) de los que me ocupo en el Capítulo 3. Sobre la postura de Médicos del Mundo respecto de la ausencia de informes sobre el impacto en salud del RD-l 16/2012 ver en su página web sus informes anuales: <http://www.medicosdelmundo.es/derechoacurar/>

<sup>94</sup> El primer registro de situaciones de exclusión que se creó fue Odusalud en Valencia en 2013. Publicó su primer informe en Noviembre de ese año (<http://odusalud.blogspot.com.es/>). En Cantabria, el colectivo No a la exclusión sanitaria tiene un espacio en su página web para relatar las situaciones de exclusión, tanto si se resuelven como si no (<http://ciudadaniacontraaexclusion sanitaria.blogspot.com.es/>). La Asociación de Usuarios de la Sanidad de Murcia también ha presentado informes (<http://asociacionusuariosanidadregionmurcia.blogspot.com.es/>), al igual que la *Plataforma per una atenció sanitària universal a Catalunya*, PASUCAT (<http://lapasucat.blogspot.com.es/>). El movimiento Yo Sí Sanidad Universal creó, junto a la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia (Somamfyc) el registro R.E.D.E.S, que publicó su primer informe en el otoño de 2014 y al que se unió el movimiento Marea Granate en la primavera de 2015, de modo que las personas fuera de España pueden también registrar sus situaciones de exclusión.

Después de invertir en la comunicación de datos que declararan la “crisis” del sistema sanitario, el “abuso” que se hace de él, en especial por parte de los extranjeros, y la “amenaza” que se cierne sobre el mismo, la tendencia parece ser de dejadez en cuanto a comunicar datos que sostengan una política concreta, la que impone el decreto de abril.

(Reflexión construida en base a notas de experiencias, entrevistas – como entrevistadora y, sobre todo, como entrevistada - noticias, lecturas de textos y discusiones colectivas sobre la relación entre el sistema sanitario y los diferentes dispositivos de la salud pública como ciencia y como práctica con la regulación y el disciplinamiento de las poblaciones. Escrita en Junio de 2015)

No es sólo que se escondan o que se maquillen los números. En la primera historia, las muertes en frontera se registran pero luego no se narran — tampoco en forma de estadística—; quedan perdidas entre los libros de la estantería. En la segunda no se cuentan las personas que se han quedado fuera del sistema sanitario, no hay procedimiento oficial establecido para ello, así que nos toca contarnos entre nosotras. Las estadísticas pueden servir como dispositivos de conocimiento/poder y también para “borrar los trazos de esas tecnologías de gobierno” que dejan morir (Didier Fassin 2010: 55). Unos números participan en la visibilidad extrema de algunas situaciones construidas como de alto riesgo: migrantes “asaltando” las vallas y las costas, cifras de “entradas ilegales”; migrantes “abusando” del sistema sanitario, cifras de “ahorro”. Otros números no aparecen y, sin embargo, funcionan como indicador: su ausencia nos indica, como un dedo que señalase, cómo funcionan las políticas de la vida y de la muerte, de lo que es tolerable en ese dejar morir y, por tanto, ni siquiera merece ser contado, regulado (Íbid). Esta ausencia de números se apoya en un enunciado de verdad que se ha ido construyendo y que no necesita estadística para

---

(<http://registrodedatos.yosisanidaduniversal.net/>). En abril de 2015 Médicos del Mundo, la Sociedad Española de Medicina de Familia, Odusalud, Andalucía Acoge y la Escuela Andaluza de Salud Pública presentaron REDER, Red de Denuncia y Resistencia al RD-l 16/2012, que incluye un registro (<https://reder162012.org/>).

sostenerse: el decreto es una cuestión de sin papeles. El foco que se ha posado en este grupo de personas, que no sabemos cuántas son y qué problemas de salud tienen, es cegador. Tanto que la discusión mediática y retórica ha incorporado difícilmente lo que supone una ley que impone un modelo sanitario de aseguramiento individual. Las acciones institucionales diseñadas para reformar o atacar esta ley tienen como objeto las formas de acceso de los sin papeles al sistema. Se despliegan sobre un grupo que está construido racialmente.

## 2.4 Diferencia, racismo, miedo

Marta: ¿Como si vinieran de prestado?

Carlos: Eso es absoluto. Hay una parte que, por mucho que queramos, aunque uno diga, bueno, yo racista no soy, no soy racista en el sentido de que no me considero superior a alguien de una raza diferente, pero el diferente, aparte de las consideraciones económicas, a mí me es un poco más ajeno que el menos diferente, me posiciono de forma diferente, no lo siento de mi misma... no voy a decir categoría pero sí, no lo siento un igual, a lo mejor puedo considerar... Porque decir: "sí, sí no, yo no quiero que le pase nada, *es un ser humano*". Ya, *pero entonces hay que hacer cosas para que no le pase nada*. "No, ya, pero bueno, eso es cosa suya y de su país". Como que pertenecer a otro lugar te marca una diferencia que aunque tú no lo reconozcas, te distancia de la igualdad como ser humano, es una cosa muy sutil que actúa entre nosotros, y que funciona por ejemplo cuando salen noticias en la prensa.

(...)

Marta: lo que me sorprende pero a la vez tiene lógica es que una cosa es que te sientas ajeno, y otra cosa es que tú seas médico, tengas que atender a la gente, esa gente tiene el derecho y no hagas por (atender). ¿Dónde está el clic de que a alguien le parezca bien el decreto? Por ejemplo, en tu centro que hay gente que le parece bien y gente que le parece mal como a ti, ¿cómo funcionáis entre vosotros? ¿va la balanza a algún sitio o es individual?

Carlos: hay centros donde se han reunido y lo han hablado y en los centros donde hay gente que sí y gente que no, como el mío, pues pasan cosas curiosas como que si nos ponemos a hablar del tema acabamos discutiendo y al final al día siguiente no me apetece tomar café contigo porque me has puesto nervioso las cosas que has dicho pero resulta que luego tienes una persona que no sabes cómo atender y alomejor vas y me llamas y me consultas. A veces pasa. A veces cuando tienes la realidad

delante hay una parte que tiene que ver con el hábito, o la dificultad de ignorar la realidad sanitaria o humana de la persona y al final dices bueno a ver pues espérate que voy a preguntar a uno que sabe de esto. Pasan cosas curiosas como esta. A lo mejor hay gente que está muy en contra muy en contra (de atender a todos) y tiene una postura muy hostil, como la administrativa ésta que tenéis ahí. Pero no es lo más habitual, lo más habitual es que la gente viva esta norma como "bueno está bien poner límites a este abuso" eh, entonces como está la norma pues yo contento de que esté. Si al final yo tengo una situación pues bueno, sé que la tengo que resolver. No tengo una postura muy hostil, me planteo si bueno, a ver si cabe o no cabe, descargo mi prejuicio, mi opinión, mi postura, lo descargo en la norma. No sé qué pensarán esas personas si la norma se echa atrás. Porque claro tú hablas con ellos y te dicen que claro, están hartos de pagar con su dinero las cosas de los demás".

(Entrevista con Carlos en marzo de 2014, mi énfasis).

Este es un extracto de una conversación que tuvimos Carlos, médico de primaria, y yo, en la primavera de 2014. Antes de lo transcrito estábamos comentando cómo había calado la idea del abuso en los profesionales sanitarios (Capítulo 6). Carlos lo conectaba con: la incapacidad de la administración para gestionar el cobro de facturas a aseguradoras privadas u otros sistemas de salud — de otras comunidades autónomas o de otros países europeos — con los que hay cauces establecidos para ello; la carga de trabajo que sienten los profesionales, que si les quitan a pacientes pueden sentir que “hay menos trabajo”; y la xenofobia derramada desde arriba por los portavoces que defendían el decreto de exclusión. Pero también lo relacionaba con algo más íntimo, ese miedo a la diferencia que produce malestar: por un lado, no queremos que “le pasa nada” al otro; por otro, no queremos hacernos cargo, en parte porque es diferente a nosotros. Para Carlos, el funcionamiento de ese miedo, junto con todo lo demás, se “descarga en la norma”, proceso que nos permite decir “yo no puedo hacer nada”. Una explicación de cómo el racismo cotidiano se conecta con el institucional. Exploremos esta relación un poco más

con la ayuda de una parte de la tesis de Débora Ávila (2011) en la que conversa sobre esto con algunos compañeros<sup>95</sup>.

Ese miedo íntimo no es un racismo como creación de sub especies para “dejar morir” a unas y “alimentar la vida” de otras (Foucault 1997). Es un miedo que es un sentimiento que se tiene “ante la propia presencia de la diferencia”, que es “punto de partida”, guía para la acción (Marga en Ávila 2011: 456). La acción puede ser conectar ese miedo con el racismo institucional o cortocircuitar esa conexión. Pero para eso “es necesario tener un discurso colectivo previo y una red para interpretar el miedo” (Marga en Ávila 2011: 463), aunque no todas las personas atesoran los capitales (cultural, simbólico) para hacer ese trabajo y “no todas las posiciones” se sienten igual de amenazadas (Ávila 2011: 463).

Desde que entró en vigor el decreto de exclusión sanitaria es posible que ese médico al que antes le fastidiaba tener que tratar una esquirra que llevaba en la pierna de una persona cinco años, más de los que llevaba viviendo en España, pueda no hacerlo. Es más, es probable que ni siquiera tenga conocimiento de esa situación de la que antes, a pesar de todo, se haría cargo. Es también más difícil poder trabajar con ese sentimiento de miedo ante la propia presencia de la diferencia, porque lo que hace la exclusión sanitaria es separar más a los profesionales entre ellos — los que sí atienden, los que no, los que pueden hacer algo en el ordenador, los que no — y de las personas que no tienen tarjeta. Esta separación se agrega a otras, las que se construyen en situaciones marcadas por una diferencia de poder propia del modelo biomédico dominante; prácticas cotidianas racistas; sentimientos de inmanejable carga de trabajo; los problemas

---

<sup>95</sup> Es la parte segunda del “Epílogo: el miedo-ambiente como solución lograda” que se titula “De cómo los espejos de feria distorsionan la realidad: miedo, amenaza y demanda de seguridad” (2011: 453-466)

que pueda haber a la hora de comunicarse con personas migrantes — de lenguaje, de diversas formas de pensar y hacer con el cuerpo y con la enfermedad —; y por formas de hacer penetradas por la lógica de la empresa. A todo eso se une, del lado del profesional, la exigencia de hacerse cargo más allá de lo normal, de papeles y trámites, si se quiere tratar a la persona. Y, del lado de esta persona, una sospecha, a veces añadida a una desconfianza ya previa que nace de la memoria de experiencias en la consulta médica, de que no se está recibiendo el mismo tratamiento que se daría a los demás porque, además, no se tiene tarjeta sanitaria<sup>96</sup>.

Hay profesionales que encuentran maneras para enfrentarse, abordar, hacerse cargo de esas situaciones, desde lo infinitesimal a lo institucional. Por ejemplo, una amiga médica de primaria, Ana, tiene un diccionario de chino en el cajón de su mesa para poder entenderse con las personas que acuden a su consulta y hablan sólo ese idioma. También participa en procesos de aprendizaje colectivo sobre salud, procesos con vocación de transformación y permanencia que abordan tanto los planos institucionales como los cotidianos y emocionales<sup>97</sup>. En el juego ente lo institucional y lo cotidiano puede entrar a

---

<sup>96</sup> Son decenas las veces que yendo juntas a una consulta, la persona sin tarjeta que además era migrante y manejaba el español pero sin hacerlo de manera completamente fluida ha salido de la consulta comentando que no ha entendido gran cosa; que el médico usaba palabras muy técnicas, y le hablaba muy alto como si estuviera sorda y estaba nervioso y quería terminar muy pronto; que parecía que le decía que no sabía cuidarse bien o que vivía en malas condiciones y por eso estaba así; y que sólo le había recetado paracetamol y ella pensaba que necesitaba unas pruebas que la médica no había querido mandar... Estas sensaciones, por otro lado, también las sienten personas que tienen normalizado el acceso a su médica de cabecera (Ainhoa Montoya, comunicación personal, 28 de octubre de 2015), si bien el no tener tarjeta sanitaria añade una capa más a la desconfianza que se pueda sentir en la consulta.

<sup>97</sup> Por ejemplo, el proyecto *grupohombre.es* sobre masculinidades y salud comunitaria, que se hizo con un grupo de hombres en paro que acabó formando una asociación para replicar ellos mismos la experiencia con otros. Como explican en la web, la idea surgió de la constatación de los propios profesionales sanitarios del hecho de que en los últimos años acudían cada vez más hombres a la consulta de AP con un malestar indefinido que se atribuye al perfil del hiperfrecuentador (Almudena Alameda y Álvaro Pazos 2009, Capítulo 6). Se puede ver el documento *El Silencio Roto* (2013, <https://vimeo.com/72541395>) y el vídeo de la jornada de

jugar el racismo, pero también la construcción de nuevos vínculos tejidos a través de la colaboración en torno a una tarea común que puede tomar como punto de partida el miedo a la diferencia.

### **2.5 Cadenas de sentimiento y razón**

Incluso en los lugares donde la exclusión sanitaria se ha ejercido con más regularidad y convencimiento, el mantra “aquí se atiende a todo el mundo” estaba presente, como ocurría en el centro de salud del barrio. Es como si no se pudiera enunciar que no se va a atender, aunque efectivamente eso es lo que esté ocurriendo. Es como si estas situaciones estuvieran atravesadas por un sentimiento, por un gradiente de sentimientos más bien: incomodidad, aflicción, preocupación, ansiedad, angustia<sup>98</sup>. Sentimientos que, lejos de ser lo opuesto a la razón, demandan trabajo interpretativo (Ann Stoler 2004). Una sola pregunta, por ejemplo, ¿no puedes ver si le puedes dar de alta?, podía ser el inicio de una cascada de argumentos y reflexiones. Es cierto que las situaciones de las que trato aquí la interpelación, de lado de fuera del mostrador o de la mesa de consulta, siempre estaba presente y explícita. Pero lo que venía del otro lado no era, salvo en contadas ocasiones, total y tranquila indiferencia.

Ha habido pocos “no” rotundos. Siempre se ha dado paso a otro dispositivo. Siempre ha habido una derivación: al INSS, a las urgencias del hospital, a las urgencias del propio centro de salud, a la trabajadora social, a un

---

encuentro en diciembre de 2014 en el centro Marie Langer, cuna del proyecto: <https://vimeo.com/84041459> (últimos accesos 22 de octubre de 2015). He podido tener conocimiento de este proyecto gracias a mi compañera Elena Aguiló que participa en ese centro de investigación y práctica de salud comunitaria: <http://www.procc.org/>

<sup>98</sup> Le debo el término “aflicción” a Ainhoa Montoya (comunicación personal 28 de octubre de 2015). El que figuraba en el borrador de este capítulo era “angustia” y ella me señaló que en lo que llevaba leído no había captado “una sensación de ansiedad y sufrimiento”; si bien puede haberla y, de hecho la experiencia con mis compañeras de lucha y profesionales sanitarias me dice que sí la hay, es cierto que la angustia es una sensación fuerte que no siempre he podido captar en las situaciones de exclusión en las que he estado presente.



dispensario de religiosas, a la Cruz Roja... Un paso que es también entre operaciones de gobierno, que nos permite no hacernos cargo, separarnos de quien tenemos delante.

Del sentimiento y el trabajo interpretativo en la burocracia me ocupó con más detalle en el Capítulo 6. Esbozo aquí de momento que la aflicción, la incomodidad que producen las situaciones de exclusión se ancla en procesos complejos: no saber cómo hacer, intentar averiguar quién, si no yo, puede hacer algo para que la situación se solucione; o buscar y legitimar la forma de decir que no: ¿quién debe actuar y cómo? ¿vale lo suficiente esto que tengo delante para implicarme? si es así, ¿hasta dónde me implico? ¿quién se debe de implicar (conmigo o en mi lugar)? ¿quién se hace cargo? ¿la gerencia? ¿los vecinos? ¿una ONG?

Y aquí añadimos tres preguntas: ¿qué se juega en esas problemáticas? ¿qué juicios de valor de las vidas implican la adopción de guías de acción particulares? ¿de qué nos separan?

En la primavera de 2013 tuvimos dos reuniones con profesionales de urgencia y otros servicios de un gran hospital. En la primera sesión se presentaron situaciones en las que las personas que se acercaron al hospital se acabaron marchando porque les dieron un compromiso de pago o porque no les dieron las citas que necesitaban tras pasar el triage de urgencias.

*Esto es un problema administrativo, nosotros como médicos tratamos a todo el mundo, a mí me viene alguien y no pregunto, ni miro de qué raza es, y ni si es de aquí o no. El problema es administrativo".*

*¿Pero qué pasa si luego no puede ir a la cita que les has mandado?*

*Es un problema administrativo.*

*Pero es tu paciente.*

*No, ya no, cuando sale de la urgencia ya no.*

A la salida, un compañero recordaba esta conversación y señalaba que era una expresión de enfado. En la práctica, este médico haría todo lo posible por atender hasta el final a la persona, contaba este compañero que trabajaba con él.

En el momento final de la primera reunión, cuando las personas se agrupan y comenta, una compañera de farmacia hospitalaria nos decía a varias, pero dirigiéndose a una auxiliar administrativa: *es que lo que están haciendo es que te están dejando decidir a ti cosas que no tendrías que decidir tú.*

En esta primera sesión una médica había compartido la historia de una paciente suya de la urgencia del hospital a la que había derivado a un centro de salud para seguimiento y allí le habían dicho que no la atendían. En la segunda sesión, unas semanas después, esta médica volvió a recordar esta historia, porque la situación seguía igual. Se inició una discusión sobre cómo esa acción del centro de salud no era acorde a la norma. Pero a la médica eso no le tranquilizaba, porque el hecho es que, aunque debieran, en el centro de salud no habían dado de alta a su paciente: “¿qué hago con ella, la vuelvo a mandar al centro de salud?”.

(Reconstrucción a partir de notas y recuerdos – de preparación, reunión y valoración - de las dos reuniones en la primavera de 2013).

Lo que transpira en este relato bien se puede nombrar como sentimientos de malestar, o más bien cadenas de sentimientos, desde el malestar a la angustia, unidos a diversas formas de interpretar las prácticas y tareas burocráticas. Ha sido la experiencia con estas cadenas de sentimiento y trabajo interpretativo la que me ha ido mostrando ese patrón común del despliegue de la exclusión, que al tiempo es mutable y transformable. Porque la lucha contra la exclusión sanitaria ha tenido posibilidad de replicarse en los diferentes centros sanitarios y cortocircuitar estas cadenas, construyendo otras de confianza. Para ello, ha sido necesario tener en cuenta no sólo la situación singular de cada uno de los centros sino también cómo están insertados en procesos que les son comunes y de los que nos ocupamos en los siguientes capítulos: el “aseguramiento” y sus transformaciones y traducciones en bases de datos que median y gradúan el derecho a la atención sanitaria; las lógicas de empresa — competencia y libre

elección — que penetran en el día a día de los profesionales del sistema sanitario público en forma de sistemas de evaluación y control, procesos de precarización laboral y de competencia; y sentimientos y afectos que se trenzan con esas cadenas y se vierten en tareas y documentos “burocráticos”.

Después, el último capítulo de esta tesis se dedica a imaginar formas de hacerse cargo de esas cadenas e intervenir en ellas, porque cortocircuitar su dinámica de darse el paso unas a otras no es solo gobernarse de otra manera: es vital. Dejar que operen automáticas, invisibles e individualizadas puede matar.

.....

**Reproducción del texto *¿Por qué está muerta Jeanneth?*, firmado por Yo Sí Sanidad Universal, julio de 2014.**

“Ninguna filosofía, análisis o aforismo, por profundo que sea, puede compararse en intensidad y riqueza de significado con una historia bien narrada”, Hannah Arendt, *Hombres en tiempos de oscuridad*, cit., p.32, en Ángela Lorena Fuster y Fina Birulés, *Más allá de la filosofía*, 2014.

El 23 de mayo de 2014 moría en la sala de espera de urgencias del Hospital de Toledo Jeanneth Beltrán. Gentes del movimiento Yo Sí Sanidad Universal se encontraron con los familiares y amigos de Jeanneth tanto en Madrid como en su tierra natal, Guatemala. El 10 de julio, juntas, convocaron a una vigilia frente al Ministerio de Sanidad para todo aquel que quisiera compartir el dolor y la indignación por la muerte de Jeanneth. Unos días antes, Yo Sí Sanidad Universal hacía público este texto:

Comenzaba la primavera, cumplía Jeanneth treinta años y lo celebraron todos juntos comiendo en el campo, que estaba hermoso el 26 de abril de 2014.

Jeanneth trabajaba interna cuidando a un señor que ya no se vale por sí mismo. El hombre y su familia, igual que Jeanneth, estaban contentos con el trabajo.

Hace tres años Jeanneth hizo las maletas y vino a la ciudad para trabajarse un futuro mejor, con el que no podía contar en su ciudad. Los fines de semana y las vacaciones, como esta semana santa, Jeanneth pasaba todo el tiempo con los amigos. Este año se preocuparon, Jeanneth no se encontraba bien, vomitó, estaba cansada, le dolía la cabeza, no dormía y tenía las piernas hinchadas.

Cada fin de semana desde entonces era así, cuando no le dolía la cabeza era el estómago, el ojo, la tensión. No puedes seguir así, le decía su amiga.

A final de abril a Jeanneth se le puso un ojo muy rojo y su amiga se asustó, seguía encontrándose mal:

- Vamos a urgencias
- Espere, ya casi tendré los papeles.
- Por favor, Jeanneth, vamos, tranquila.

Nosotros estamos aquí, si le cobran demasiado, nosotros estamos ahí para ayudarla.

En esta ciudad todo el mundo sabe que desde hace dos años si vas al médico te lo cobran caro, dice un amigo de Jeanneth. Berta, hermana de Jeanneth, y Juana, su madre, lo explican por conferencia a través del ordenador:

- Hablábamos varias veces a la semana.
- ¿Por qué creen que Jeanneth no fue al médico?
- ¡Porque te cobran! porque te llega luego una factura muy grande.

Pregunto a muchas personas aquí, todos me explican que no se va al médico porque luego te llegan a casa unas facturas tremendas, que no podrás pagar. Exactamente lo mismo que dicen los vecinos que se han quedado sin tarjeta sanitaria en cada barrio de Madrid.

Jeanneth fue al médico de atención primaria, a su médico, hace tres años, cuando tenía tarjeta. Luego ya no pudo ir más.

Los papeles de Jeanneth estaban por llegar, en la casa en la que trabajaba estaban deseando firmar el contrato laboral, como el que tienen las familiares y amigas que Jeanneth tiene en la ciudad, la mayoría cuidan a otras personas mayores y se sienten contentas con su trabajo.

El día de su cumpleaños, durante la comida en el campo, Jeanneth se encontraba mal, había vomitado una vez más y tenía mal aspecto. Su amiga P. estaba muy preocupada:

- Vamos para Urgencias ahora mismito.
- No, espere... Es que falta un mesecito ná más para mis documentos, apenas me den el resguardo, ¡vamos! Fíjese que fui a la farmacia y me recetaron para la digestión, para la vista, me midieron la tensión, ...

Jeanneth, como otras personas a las que les han quitado su tarjeta sanitaria, iba a la farmacia en lugar de ir al médico cuando se encontró mal. Nada de lo que le dieron allí le sirvió.

El día 23 de mayo de 2014 una amiga de Jeanneth decidió llevarla a las Urgencias del hospital, Jeanneth estaba muy mal, le dolía la mitad de la cabeza, veía borroso, casi no podía mirar al hablar, había vomitado y estaba suelta del estómago. Eso es lo que le explicó a un sanitario tras pasar por la recepción de Urgencias, donde le pidieron la tarjeta sanitaria que ya no tenía. Eran las seis y media de la tarde.

El guardia de seguridad dejó pasar a su amiga porque Jeanneth no veía bien y no podía estar sola.

- Ella sólo decía a cada poco, ay, ay, ay...

Una hora después empezó a escupir en el suelo. Su amiga buscaba desesperadamente a alguien y pedía que atendieran a Jeanneth. A las ocho de la tarde Jeanneth casi no podía hablar y vomitó algo negro. La amiga siguió insistiendo, sólo consiguió que le entregaran una bolsa y le dijera que vomitar era normal.

Los amigos desde fuera del hospital le decían a su amiga que salieran de allí, donde no la atenderían. Había que buscar otro sitio.

- Me duele mucho.

Jeanneth iba perdiendo la voz y no podía levantar la cabeza. Se quejaba duro y nadie les hacía caso allí dentro.

- ¡Llevamos tres horas aquí dentro y mi amiga está muy mala!

- Pues dígaselo al médico.

- Aún no le ha visto ninguno.

- Yo acabo de entrar y no sé nada.

Su amiga hablaba desesperada con los amigos de fuera,

- ¡Sáquela de ahí! ¡Vamos a buscar otro sitio!

La amiga miró a Jeanneth, se asustó mucho al ver sus ojos vidriosos. Eran ya las diez y media de aquella noche.

Jeanneth ya no entendía lo que le decía su amiga que en un intento desesperado le pedía que colaborase para llegar hasta la puerta, consiguieron llegar a rastras. Una enfermera les impidió la salida

- ¡¿A dónde se la lleva?!

Sentaron otra vez a Jeanneth. A las once de la noche el cuerpo de Jeanneth se giró y comenzó a convulsionar en el suelo de la sala de espera de las Urgencias del Hospital. La metieron en una camilla y se la llevaron aprisa.

En la UCI no pudieron hacer nada. Una doctora le explicó a su amiga que a Jeanneth se le había parado el corazón.

Jeanneth De Los Ángeles Beltrán Martínez agonizó hasta la muerte. Había cumplido treinta años, y no volverá a besar a su madre Juana.

La autopsia de Jeanneth revela que llegó al Hospital con los riñones muy deteriorados por una enfermedad cualquiera, para la cual hay tratamiento si hubiera podido ir al médico.

Los amigos y compañeros de Jeanneth, al igual que la gente de mi barrio a la que le han quitado la tarjeta sanitaria, tenían razón, si vas al médico te llega una factura enorme.

Lo que no saben es que esa factura, además de odiosa, es ilegal.

A casa de Jeanneth acaba de llegar la carta:

“Con relación a la asistencia que le fue prestada el día 23/05/2014, le rogamos que tan pronto le sea posible, nos aporte por correo, fax o personalmente en la SECCIÓN DE FACTURACIÓN A TERCEROS la fotocopia de la Tarjeta Sanitaria de la S. Social o Tarjeta Europea, ya que hasta la fecha no constan en su expediente. Le informamos que, de no obtener contestación en el plazo de veinte días le pasaremos la factura a Vd., directamente.”

Ahora ya no van a poder pasarle la factura.

La UCI es muy cara, advertía una amiga de Jeanneth.

Con relación a la asistencia que le fue prestada.

La fotocopia de la Tarjeta Sanitaria.

Jeanneth era una mujer cristiana de corazón. Su Dios podrá perdonarles.

Nosotros quizás no.

Texto firmado por Yo Sí Sanidad Universal y publicado en el periódico *Diagonal* el 7 de julio de 2014 y en el blog *Interferencias* de *eldiario.es* el 9 de julio<sup>99</sup>. El texto publicado en *Interferencias* es al tiempo un texto de invitación a la vigilia e incluye la siguiente cita, escogida por los responsable del blog (la cursiva y la negrita son originales):

**“Quiero decir al menos algo sobre el dolor que existe en el mundo hoy día. Todo el mundo sabe, por supuesto, que el dolor es consustancial a la vida, y quiere olvidar que es así o relativizarlo. Y sin embargo, una vez dicho todo esto, el dolor actual de vivir en el mundo tal vez carezca, en cierto modo, de precedentes.**

---

<sup>99</sup> Para ver el texto en *Diagonal*, <https://www.diagonalperiodico.net/global/23424-por-esta-muerta-jeanneth.html>; para ver el texto en *Interferencias*, junto con la introducción a la vigilia, [http://www.eldiario.es/interferencias/Compartir-dolor-vigilia-Jeanneth\\_6\\_279682057.html](http://www.eldiario.es/interferencias/Compartir-dolor-vigilia-Jeanneth_6_279682057.html); para ver fotos y vídeo de la vigilia por Jeanneth Beltrán del 10 de julio está, entre otros, el reportaje de *Diso Press*: <http://disopress.com/gallery.php?mode=all&id=MDQ3MTMxZTZmMjk3Nw==&page=1> (Último acceso a los tres enlaces, 12 de septiembre de 2015).

*La vergüenza comienza con la evidencia (reconocida por todos pero rechazada, al estar fuera de nuestro alcance) de que gran parte del sufrimiento actual podría aliviarse o evitarse si se tomaran ciertas decisiones realistas y relativamente sencillas. Hay una relación directa entre las minutas de una reunión y los minutos de agonía. ¿Merece alguien ser condenado a una muerte cierta sólo por no tener acceso a un tratamiento cuyo coste no superaría los dos dólares diarios?*

*Sucede que las personas, en sus propias vidas, sufren por injusticias y errores que se clasifican en categorías separadas, mientras que el sufrimiento de todas ellas en conjunto es simultáneo e inseparable. El requisito previo para pensar políticamente es ver el sufrimiento innecesario, en su unidad, ocupando su sitio" (John Berger).*

.....

### 3. NOTAS SOBRE EL TABLERO Y SUS DESBORDES. CONSTRUCCIÓN LEGISLATIVA, ADMINISTRATIVA Y DISCURSIVO-PRÁCTICA DE LA UNIVERSALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

“En su crítica a lo que llamaba 'el ídolo de los orígenes', el famoso historiador Marc Bloch no lo pudo explicar mejor. Estamos tentados a asumir que la nieve derretida en las montañas es la fuente de todo el agua que forma la gran corriente que desciende cuando, de hecho, esta corriente depende de nuevas fuentes con las que el río crece. Éstas pueden ser invisibles o subterráneas; y pueden venir de otros lugares. La historia, concluye Bloch, no consiste en rastrear antecedentes. Incluso la continuidad que pueda haber, si la hubiere, depende de lo nuevo, y la persistencia de cosas viejas se debe a nuevas causas según discurre el tiempo”, Samuel Moyn, *Human Rights. The Last Utopia*, 2010: 41-42, mi traducción.

Me he levantado temprano, a eso de las 7, y he leído una carta que Maximiliano Diego, médico cardiólogo, publicó el pasado 12 de abril (de 2014) en la página web de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca<sup>100</sup>. Se titula “Lágrimas de vergüenza” y en ella relata cómo un paciente suyo, que sufría un segundo infarto, lloraba al confesarle que tenía que dejar de tomarse las pastillas porque no se las podía permitir si quería seguir dando de comer a su familia (...)

Media hora después de leer este texto he abierto el correo y he podido tener conocimiento de la situación que vive una mujer cuya madre fue examinada en un hospital de Madrid por tener un bulto detrás de la oreja. En el servicio de urgencias le dijeron que podría ser un cáncer pero al ir a solicitar las pruebas para poder tener un diagnóstico y un tratamiento se las niegan, por no tener tarjeta sanitaria.

A las 10 de la mañana he hecho la pausa para el café. En esos minutos he participado en una conversación de *wassap* de un grupo que tenemos entre varias amigas. Entre ellas, una médica pediatra que trabaja en otro hospital de Madrid, que nos cuenta que acaba de ingresar en su servicio una niña de 25 días con desnutrición. La madre le estaba dando el pecho pero la cosa no iba bien, puede que no tuviera suficiente leche o que la niña no asimilara bien los nutrientes. Fue a la revisión de los 15 días con su pediatra y le negaron la atención en su centro de salud, porque la niña no tenía tarjeta sanitaria.

A eso del mediodía he cogido un tren hacia Móstoles para una reunión de trabajo. En el trayecto he vuelto a consultar mi correo en el móvil. En uno de los mensajes una enfermera de un hospital de Madrid solicita información sobre qué hacer para solucionar la situación que vive un

---

<sup>100</sup> Maximiliano Diego, “Lágrimas de vergüenza”, *saludadiario.es*, 11 de abril de 2014, <http://www.saludadiario.es/opinion/lagrimas-vergüenza> (último acceso 24 de octubre de 2015). Profesionales y usuarios imprimieron esta carta, que se pudo ver colgada en una pared del Hospital de La Paz en Madrid.



paciente ingresado por urgencias por infarto de miocardio y posterior ingreso en UCI. Está a la espera de que le hagan otras pruebas. Pero además está preocupado porque en el hospital le han dicho que tiene que sacarse la “tarjeta sanitaria provisional” o que si no le facturan la atención.

(Fragmentos de la carta abierta que escribí, como participante del movimiento Yo Sí Sanidad Universal a la entonces ministra de Sanidad, Ana Mato, abril de 2014)<sup>101</sup>.

Este es el relato de una mañana cualquiera para las personas que se sienten afectadas por la exclusión sanitaria. Escribí este texto desde el hartazgo de escuchar continuamente a los responsables de esa ley asegurar que la sanidad seguía “siendo universal” y que nadie se había quedado “sin atención”. Podría haber escrito esa carta a la ministra muchas otras mañanas, la podían haber escrito cualquiera de mis compañeras o cualquiera que trabaje en un servicio de urgencias, o en un centro de salud de Madrid, o cualquiera que no tenga tarjeta sanitaria o que conviva con gente que no la tiene, o que esté enfermo y no tenga suficientes ingresos para pagarse la medicación que necesita. Si con sólo acercarse un poco, el mantra de que la sanidad sigue siendo universal se desvanece, ¿cómo es posible que se siga utilizando? ¿qué es “atender” en el sistema público?

Hablábamos un compañero, Pablo, y yo un día cualquiera de la primavera de 2014 acerca de la situación que vive una vecina del barrio, que está enferma, que tiene miedo de salir de casa. A veces se pone mal con sólo dar unos cuantos pasos y además ahora no tiene tarjeta de residencia ni sanitaria así que ¿cómo ir al médico? Hablamos de animarla a acercarse a la asesoría, al lado de su casa, hablar allí y luego ir al médico juntas. Cerramos una cita pero la vecina no se acerca, perdemos el contacto con ella. Sabemos, porque llevamos casi dos años acudiendo regularmente, que el centro de salud del barrio es un lugar difícil para la gente sin tarjeta: repiten sin cesar que atienden a todo el mundo al tiempo que te dicen que no te pueden dar citas o recetas y no te asignan médico. Conocemos a gente que ha dejado de ir por esta razón y porque además

---

<sup>101</sup> “Querida Ministra, me avergüenza usted”, 30 de abril de 2014, <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/querida-ministra-me-averguenza-usted>

perciben una actitud amenazante allí. Con esta vecina no ha dado tiempo a que nos digan que no (primavera de 2014, escrito en junio de 2015). Este capítulo intenta describir el tablero sobre el que vienen a jugar las

diversas formas que toma la exclusión sanitaria: cómo el despliegue de la exclusión se ha apoyado en piezas que ya estaban ahí y cómo las ha podido (o no) mutar a su favor. Este proceso se inserta en una genealogía particular de la construcción legislativa, administrativa y práctica de la universalidad del sistema sanitario público. Ha sido apoyándose en dispositivos y formas de hacer “viejas” como ha sido posible que emergiera “lo nuevo”; como ha sido posible que se desplegara la exclusión sin necesidad de cambiarlo todo.

Cuando hablo tablero lo hago aquí con dos significados.

El primero se refiere al propio texto de esta tesis, pues este capítulo pretende ser una suerte de guía para los que siguen, que entran más en profundidad a analizar tres aspectos que aquí se introducen: relación del derecho a la asistencia sanitaria con el trabajo y con el seguro (Capítulo 4); introducción de lógicas de empresa en el sistema sanitario público y su relación con el acceso de grupos de personas al mismo (Capítulo 5); las diferentes formas de hacer salud y su relación con la universalidad del sistema sanitario (Capítulo 7). La historia de las prácticas y los artefactos burocráticos, y su relación con las rutinas laborales de los centros sanitarios, participa de los tres aspectos mencionados y ha sido clave para desplegar (o no) exclusión (Capítulo 6)

El segundo significado de tablero se refiere aquí a la descripción de un espacio dibujado pero abierto de juego sobre el que viene a desplegarse la exclusión sanitaria en un contexto histórico en el que persisten cosas “viejas” pero donde también hay novedad y desbordes. Algunas formas de hacer, algunos dispositivos, en vez de ser peones pasan a ser reinas, como por ejemplo los

documentos relacionados con facturación. Y esta transformación redibuja el tablero; la lucha por otro tipo de transformación también.

En palabras del historiador Samuel Moynn:

“(se trata) no solo de proveer de contexto, o de rastrear antecedentes que conducirían inevitablemente a la situación presente (o, peor, al análisis que hacemos de la situación) sino de mostrar la novedad, y las conexiones, variaciones, mutaciones, de pensar cómo el contexto emerge, y cómo ha sido posible esta opción y no otra” (2010: 41-42).

Para ello, utilizo textos sobre la historia de los seguros médicos y el Sistema Nacional de Salud y los comparo con relatos históricos compartidos por personas que participaron en el inicio de la construcción de la Atención Primaria en Madrid y otras que les interrogamos al respecto de la relación entre esas historias vividas y el día a día de hoy en los centros sanitarios<sup>102</sup>.

Así, sin ánimo ni posibilidad de proporcionar una completa historiografía del sistema sanitario en España, sí recurro a ella para intentar construir una genealogía de tres aspectos clave en el despliegue de la exclusión: la ligazón del SNS con la Seguridad Social, las diferentes formas de entender el sistema sanitario y qué es salud y la introducción de lógicas de empresa en el sistema público sanitario. En los tres aspectos participan las lógicas burocráticas.

- 1) *La ligazón del acceso a la asistencia sanitaria con el trabajo*: antes de crearse el Sistema Nacional de Salud el trabajo y, después, las cotizaciones al sistema de Seguridad Social (SS) eran la base para poder tener acceso a

---

<sup>102</sup> Estas historias se tejieron en conversaciones, en discusiones en asambleas, en entrevistas, en viajes en coche por los barrios de Madrid y en el espacio de reflexión abierto del que se dotó el movimiento Yo Sí Sanidad Universal, llamado Ágora. En especial en las siguientes sesiones: *Universalidad y Derecho* (20 de marzo de 2014); *Sistema Sanitario y sus relaciones con la sociedad. Maneras de hacer Salud* (20 de mayo de 2014) y *Norma, Uso, Mercado: Una historia de nuestro Sistema Sanitario* (28 de mayo de 2015). Todas se celebraron en el Centro Social Autogestionado Patio Maravillas, en su sede de la calle Pez 21 del barrio de Malasaña.

la asistencia sanitaria. Esa relación entre SNS y SS tenía dos patas entrelazadas: la financiación del SNS por medio de las cotizaciones a la SS y el acceso de las personas cotizantes y sus familiares al SNS. En la década de 1980 comienza un proceso que desliga el SNS de la SS en cuanto a financiación: no son los cotizantes los que financian la sanidad pública sino todas las personas que residen en el territorio a través de impuestos, también impuestos al consumo como el IVA. Pero ese desligamiento no acaba de producirse con respecto al acceso: las estratificaciones propias de un sistema de SS basado en el trabajo no desaparecen del SNS. Quizá el ejemplo más claro de esto sea el uso del término “aseguramiento” en sanidad, que viene de los seguros del franquismo, continúa usándose después como indicador de la relación del sistema sanitario con la Seguridad Social y muta con el RD-l 16/2012 para significar un modelo sanitario de seguro individual ante el riesgo.

- 2) *La relación entre el corporativismo médico y el modelo biomédico con los intentos de construir participación y autonomía en el SNS:* sobre todo a nivel local en la Atención Primaria se llevaron a cabo intentos en la década de 1980 de construir salud comunitaria, participada, ligada a los barrios y que promoviera la autonomía de las personas en el cuidado de su salud. Por autonomía se entendía interdependencia y capacidad de decisión conjunta. Estos intentos se encontraron con dificultades — y críticas — desde el principio.
- 3) *El funcionamiento, desde el inicio de la creación del SNS, de lógicas de empresa en el sistema público de salud y su relación con los dos puntos anteriores.* Desde antes de la puesta en marcha del sistema sanitario

público ya había cobros y pagos por la atención sanitaria y se utilizaba en las leyes la noción de “colaboración público/privada”. Esta noción, sin embargo, ha ido mutando y ahora designa un modo particular de colaboración, centrada en la “eficiencia” del sistema público. La “eficiencia” se logra, dice esta noción de colaboración público/privada, alentando por un lado la competencia del sistema público con el sector privado y de las dotaciones públicas entre sí y, por otro, la libre elección y la satisfacción del “cliente” como las condiciones necesarias para generar autonomía y bienestar individual.

Estas nociones — aseguramiento, participación, autonomía, competencia, libre elección — y las prácticas en las que se aterrizan no son evidentes ni dadas, por mucho que estén escritas en la ley. Se usan, y sus mutaciones y derivas son claves en la construcción y destrucción de la universalidad. Una universalidad siempre presente como principio irrenunciable en las normas de sanidad y en los discursos de los representantes políticos desde finales de la década de 1970. Al tiempo, un concepto que es *locus* de una lucha de demandas sobre su significado y su uso discursivo y práctico, al hilo de la salud que se imagina: ¿salud como algo que hacen todas las vecinas del barrio, como algo que es cuestión sobre todo del sistema sanitario, como un riesgo ante el que el individuo se asegura a sí mismo? Universalidad también como una suerte de utopía que los textos legales presentan como un objetivo al que se llegará “gradualmente”. Universalidad como práctica, que ha desbordado a las normas, se ha ido construyendo sobre el terreno, en las acciones cotidianas de los trabajadores de los centros de salud y de los vecinos y vecinas. Y, finalmente, universalidad también como mito, porque

antes del despliegue de la exclusión sanitaria en 2012 persistían estratificaciones cuya genealogía se traza desde los primeros seguros médicos de la dictadura.

### 3.1. “Yo digo ‘Franco’ para referirme a una sociedad injusta”

En mayo de 2013 varios colectivos en lucha contra el plan de privatización de la gestión de hospitales y centros de salud del entonces consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández Lasquetty, lanzaron la idea, recogida por múltiples centros sanitarios y grupos de vecinas, de convocar una “Consulta por la Sanidad”<sup>103</sup>. Durante dos jornadas, habría mesas de votación a las puertas de centros de salud y hospitales con papeletas que hacían la siguiente pregunta: “¿Está usted a favor de una sanidad de gestión pública, de calidad y universal y en contra de su privatización y de las leyes que la permiten?”. La gente podía responder “Sí” o “No”.

El primer día de la consulta acudí un rato a última hora a la mesa ubicada en el centro de salud donde trabajaban dos compañeras y amigas, en la zona centro de la ciudad. Charlando en la mesa de votación con las vecinas estas contaban que acababan de tener un momento tenso con un señor que les había dicho que estaban engañando, que no se estaba haciendo *nada malo con la sanidad*. En la discusión, que había sido alta de tono, el señor les había dicho: *yo me puedo pagar sanidad privada*.

Al día siguiente participé varias horas en los turnos de la mesa de votación, preguntándole a la gente que pasaba por la calle si quería votar *por la sanidad pública*. Muchas gente se acercó a votar, a dar apoyo y a charlar sobre el barrio, el centro de salud, su salud y el sistema sanitario. De nuevo, surgieron algunos conflictos: gente que pasaba y decía que debíamos *estar trabajando* y no allí; que era *todo mentira* o que *para qué sindicato* trabajábamos. Varias compañeras decían que los pisos justo enfrente del centro de salud, de ladrillo visto granate con balcones y con una arboleda que separaba la acera de la carretera, eran de militares y que ellos eran los que decían esas cosas.

Las compañeras respondían a estas interpelaciones: ellas estaban trabajando, estar en la mesa de votación era trabajar y luego o volvían a casa a seguir trabajando o entraban al centro de salud a seguir trabajando; llevaban, muchas de ellas ancianas, *toda la vida luchando y hay que seguir porque esta gente nos lo quiere quitar todo pero no van a*

---

<sup>103</sup> Esta consulta se modeló al estilo de otra, la Consulta del Agua, que también tuvo lugar en Madrid para evitar que una empresa privada se hiciera cargo del Canal de Isabel II, la empresa pública que gestiona este recurso. La consulta por la sanidad se celebró del 5 al 10 de mayo de 2013 en 105 municipios de la Comunidad de Madrid y también había votación online. Votaron un total de 951.975 personas, el 99,4% de ellas “sí” a la pregunta formulada que aparece en el texto. Los resultados se presentaron en diversos Ayuntamientos, solicitándoles la aprobación de mociones dirigidas a la Asamblea de Madrid y a las Cortes Generales, donde también se presentaron los resultados, al igual que en el Parlamento Europeo y las Naciones Unidas. Más información en [consultapormadrid.org](http://consultapormadrid.org)

*ganar*. Algunas de las personas que votaron en mi mesa y estaban enfermas comentaban que si no había sanidad pública *a ver dónde iban a ir*; un señor anciano que esperaba una operación de ojo; una señora que estaba enferma pero que ese día venía a por la medicación de su hermana, que también estaba enferma y no salía de casa.

En una ocasión una mujer que votaba y mi compañera de mesa se pusieron a hablar de qué se podía hacer para *salvar* la sanidad pública, *porque hay mucho paro ahora y se puede entender...*, escuché de soslayo mientras inscribía el voto de una persona. Mi compañera, respondiendo a lo que entendió era una duda acerca de si todo el mundo podía ser atendido en la sanidad pública, le relató a su interlocutora la historia de Alpha Pam, el joven senegalés que vivía en Palma de Mallorca y que tras acudir tres veces a centros sanitarios y recibir denegaciones y amenazas de facturas murió de tuberculosis en su casa el 5 de abril de 2013<sup>104</sup>. La mujer que votaba no sabía de esta muerte y se quedó impactada: *eso yo no lo sabía, eso me parece muy grave, eso me parece fatal, vamos, eso me parece inhumano*.

Muy poco después una mujer de avanzada edad con su carrito de la compra se acercó a la mesa y me espetó directamente: *¿tú sabes quién montó esto de la sanidad? Un ministro de Franco*. Algunas de mis compañeras la respondieron que daba igual si lo había empezado Franco, que lo importante es que ahora nos lo querían quitar.

(Mayo de 2013. Escrito en junio de 2015).

Lo relacionado con la sanidad, tal y como nos ayuda a intuir este relato, no está exento de conflictos. Tampoco de memoria, diferente según con quién se construya y se comparta. Sin embargo, hay también algunas narraciones que, aunque impugnadas ampliamente desde diversos lugares, han acabado siendo “de sentido común”. Una de ellas es la que dice que la sanidad pública comenzó en la dictadura. Esta narración tiene muchas variantes y usos, así como una materialidad concreta. En el SNS que se creó a mediados de la década de 1980 se programó la desaparición de muchos aspectos del sistema franquista de

---

<sup>104</sup> La Audiencia de Palma reabrió en octubre de 2015 la investigación judicial por la muerte de Alpha Pam con un auto en el que aprecia “fallos en el Sistema Sanitario en su conjunto y en cadena”. Laura Olías, “La Audiencia de Palma ve fallos en el “sistema sanitario en su conjunto” en la muerte de Alpha Pam”, *eldiario.es*, 25 de marzo de 2015, [http://www.eldiario.es/desalambre/Audiencia-Nacional-evidencia-Alpha-Pam\\_0\\_370263648.html](http://www.eldiario.es/desalambre/Audiencia-Nacional-evidencia-Alpha-Pam_0_370263648.html) (último acceso 3 de octubre de 2015).

seguridad social, como la financiación de la sanidad por cotizaciones; pero otros permanecieron, transformados, como el uso del término “aseguramiento”:

*la gente tiene historia y tiene memoria de cómo era antes. Y antes, con el sistema franquista, la sanidad se pagaba con las cotizaciones, a las personas con cartilla se les llamaba asegurados y ponían a sus familiares que no trabajaban en la cartilla con ellos.*

*Incluso después, ya con el SNS, había memorias que perduraban: antes estaba el Hospital de la Cruz Roja para atender a los indigentes. Podían ir a los centros de salud como los demás, pero todo el mundo les mandaba allí.*

*Hoy, cuando la gente va al médico sigue diciendo que va a la Seguridad Social.*

(Escrito en junio de 2015 a partir de las notas y la memoria de las conversaciones que compartimos en el Ágora sobre *Norma, Uso y Mercado* en mayo de 2015).

Existe una literatura que se ocupa de la historia de los sistemas de protección social y de la relación entre Seguridad Social y Sistema Nacional de Salud (Ana Guillén Rodríguez 1997 y 2006, Francisco Sevilla 2006, Javier Rey del Castillo 2011, entre otros). Algunos de estos trabajos comienzan a contar en 1942, cuando la dictadura franquista creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad. El SOE era para trabajadores, sobre todo industriales, que ganaban menos de 900 pesetas mensuales. Los que contaban con el SOE tenían que pagar primas al seguro para poder ir al médico entonces llamado general y para tener algunas medicinas<sup>105</sup>. La asistencia sanitaria del SOE la prestaban entidades privadas<sup>106</sup>;

---

<sup>105</sup> Antes había habido otros seguros: el seguro de retiro obrero en 1919, el seguro de maternidad en 1929 y el seguro de accidentes de trabajo de la II República. El gobierno republicano intentó crear un seguro obligatorio en el proyecto de Ley de Unificación de los Seguros Sociales de 1936 cuya aprobación fue interrumpida por la guerra (Jerònia Pons y Pons 2008). El SOE se creó en la Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el seguro de enfermedad “obligatorio para todos los productores económicamente débiles mayores de 14 años y sus familias”. Según la Ley, si el trabajador era por cuenta ajena el empresario descontaba la prima de la paga al trabajador y pagaba también su propia prima por cada trabajador. Si el trabajador era por cuenta propia él mismo hacía el pago directamente al seguro. El Estado también aportaba a la financiación. A pesar de que el texto de la ley señala que se incluye la asistencia médica completa (medicina general y especialidades), en la práctica la cobertura se limitó a atención primaria y farmacia



para los que podían permitirse algo más que el SOE estaban los seguros privados; para los que no podían contratar el SOE, como las personas que trabajaban en el servicio doméstico o los trabajadores del campo o las personas que no tenían un trabajo estable en la economía formal, estaba la beneficencia. El SOE convivía y se superponía al sistema de “iguales”: tratos a nivel local (sobre todo en el mundo rural) entre familias y médicos, quienes podían formar parte del cuerpo de funcionarios<sup>107</sup>. Por una cantidad al mes la familia se aseguraba de contar con la atención de ese médico cuando la necesitara<sup>108</sup>.

Casi la mitad de la población a mediados de la década de 1960 tenía contratado el SOE, porcentaje que fue creciendo la siguiente década en parte porque se fueron levantando los límites de ingresos para poder contratarlo<sup>109</sup>. Así, algunos de los autores citados señalan que el esquema de este seguro, más la sanidad privada, más la beneficencia y quitando las iguales se ha perpetuado en las décadas siguientes (Sevilla 2006). También que el régimen franquista utilizó el SOE, al igual que otras medidas que llamaba “sociales”, como propaganda para legitimarse (Carme Molinero en Pons Pons 2008).

Esta extensión del SOE, sin embargo, no significa que lo que ocurrió con la sanidad en las primeras décadas del franquismo fuera algo parecido a un sistema sanitario. Más se parecía más a un campo de luchas, con una genealogía de

---

gratuita de una lista de medicamentos (el Petitorio) y hospitalización con límites temporales para cirugía (Pedro Benjumea Pino en Pons Pons 2008, Guillén 1997 y 2000).

<sup>106</sup> El Instituto Nacional de Previsión (INP), por ley la entidad aseguradora, firmó convenios para que fueran cajas de empresas, mutualidades e igualatorios médicos los que dieran la asistencia (Pons y Pons 2008).

<sup>107</sup> Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944.

<sup>108</sup> Salva Vives Alzira, “Médicos que cobraban la iguala critican que el copago es un retroceso”, *Levante-EMV.com*, 29 de abril de 2012, <http://www.levante-emv.com/comarcas/2012/04/29/medicos-cobran-iguala-critican-copago-retroceso/901095.html> (último acceso 24 de octubre de 2015).

<sup>109</sup> El 44% de la población total en 1960, según Guillén (1997); el 49,7% de la población en 1963, según Sevilla (2006).

continuidades e interrupciones, de demandas y contra demandas sobre todo entre grupos de poder económico e institucional. El historiador Joan Serralonga i Urquidi califica la “sanidad franquista” como un “cuento”: su investigación sobre las personas que fueron ocupando puestos relacionados con la sanidad en la primera década del gobierno franquista muestra cómo se trataba de “clanes y grupos de poder” que ya controlaban el sector privado de la sanidad antes de la II República, durante la dictadura de Primo de Rivera (2009). Según relata este historiador, en estas décadas, a la depuración de profesionales que se creía relacionados de alguna forma con la República se unía el enfrentamiento de “los viejos clanes sanitarios con los cuadros falangistas y jonistas ligados a las instituciones creadas en torno al Ministerio de Trabajo” (2009: 250). La historiadora Jerònia Pons y Pons muestra cómo médicos, aseguradoras privadas (entre ellas cajas de provisión creadas por las empresas a las que se afiliaban los trabajadores) y también usuarios se oponían al modelo franquista de seguro obligatorio, sobre todo en Cataluña, cuyas mutuas privadas eran más baratas que el SOE. Además, hubo retrasos en los pagos y la provisión de servicios por parte de las empresas privadas con concierto con el sistema franquista; las aseguradoras buscaron asegurados con menor número de beneficiarios (familiares) y con salarios más altos y fueron acumulando deuda con la administración, alegando que las primas que pagaban empresarios y trabajadores al SOE no eran suficientes para proveer el servicio (Pons y Pons 2008).

En cuanto a la salud de las personas — y lo que estos seguros sanitarios podían hacer por ella — las condiciones de vida, sobre todo en los primeros años del régimen, producían enfermedades y muerte cotidiana a aquellos que no eran

ricos. El hambre en la mesa a diario, el trabajo casi esclavo, las epidemias sin atajar como el tifus en 1941 y la polio a principios de la década de 1950 (Miguel Ángel del Arco Blanco 2006, Montse Armengou y Ricard Bolis 2014). Podría haber SOE pero no había centros de salud, no había suficientes medicinas, no se operaba a la gente y la gente moría de enfermedades que se podían curar.

Quizá todo lo narrado se capta mejor si recurrimos a la memoria incorporada de un cualquiera.

Mientras escribo estas líneas levanto la cabeza del ordenador y le pregunto sin introducción alguna a mi padre, que está al otro lado de la habitación abuhardillada, trabajando sus textos: *¿cómo era lo de ir al médico cuando el abuelo? El abuelo, el caminero*; le llamaban así en el pueblo porque trabajaba haciendo caminos de alquitrán. Mi padre recuerda muy vivamente cómo ese trabajo, que comenzó en la década de 1950, le endureció las manos al abuelo más aún de lo que lo había hecho el campo palentino. *Anda, pues mi padre cuando iba al médico pagaba, y las medicinas también las pagaba. Y eso para alguien que ganaba cuatro perras... En aquella época ponerse enfermo era tener un problema muy gordo.*

A veces no hay palabras. Esos silencios de los que he formado parte en estos últimos tres años, silencios con los que de repente parece que se agotan nuestras conversaciones cuando llegan al punto de compartir memorias familiares de lo que era estar enfermo en esa época, o ir al médico en esa época, o no poder ir o no poder comprarse los medicamentos y sufrir o morir de algo que, con dinero, se trataría en unas semanas.

La salud pública se concebía fuera de la asistencia sanitaria y consistía en actuaciones para atajar epidemias: desde abordar intervenciones de higiene (alcantarillado, por ejemplo) a poner vacunas a los niños (Ley de Bases de 1944). La salud pública como una forma de regular los procesos biológicos de la población, que se puede leer con el libro de Foucault *El Nacimiento de la Clínica* (1979)<sup>110</sup>. Regular para alimentar la vida.

Esa regulación jugaba en un contexto particular de desigualdades estructurales en el que también se dejaba morir a los pobres, sobre los que se desplegaba la coerción y la represión del franquismo. El documental *Polio, crónica de una negligencia* recoge testimonios de personas que sufrieron en su niñez la epidemia de poliomielitis que hubo

---

<sup>110</sup> Un apunte que Amalia Rettori mencionó en el Ágora sobre Norma, Uso, Mercado (mayo 2015).

en España de 1956 a 1963, en la que se infectaron 15.000 personas<sup>111</sup>. La dictadura, por varias razones que se dejan intuir en el documental entre las que se encuentra el modelo de autarquía y autosuficiencia de los primeros años del franquismo, no importó el medicamento ni lo distribuyó entre la población hasta 1963. Los ricos lo importaron, pagaron por él. Una de las participantes en el documental dice: *a mí no se me vacunó porque era pobre. Yo digo 'Franco' para referirme a una sociedad injusta* (Armengou y Bolis 2014).

El SOE desaparecería en 1963 cuando la dictadura crea lo que llamó la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963. Con esta ley todos los seguros se integran en el Instituto Nacional de Provisión (INP): el sistema de seguros financiados por primas de trabajadores y empresarios (SOE), los seguros de mutualidades, los once regímenes especiales de nueva creación para diversos grupos de población definidos por su profesión, y el sistema de igualas, con sus médicos ya funcionarios acostumbrados a cobrar directamente de las familias.<sup>112</sup> La beneficencia continúa y de ella hacen uso sobre todo los más pobres sin empleo ni hogar.

La intención de unificar sistemas de protección se enuncia como una de las razones de una ley que, sin embargo, en unos casos ahonda y en otros mantiene un sistema que es un conglomerado de varios subsistemas. Regímenes especiales, acuerdos con el sector privado (mutualidades y conciertos), hospitales de la beneficencia, un sistema de igualas que persistió y cuya desaparición fue uno de los caballos de batalla de los centros de salud cuando se

---

<sup>111</sup> El documental se puede ver aquí: <http://www.ccma.cat/tv3/alacarta/programa/Version-en-castellano-del-documental-Polio-cronica-de-una-negligencia/video/4900033/#> (último acceso 24 de octubre de 2015).

<sup>112</sup> La Ley 193:1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social establece regímenes especiales para: funcionarios públicos, civiles y militares; personal al servicio de los Organismos del Movimiento; funcionarios de Entidades Estatales Autonómicas; socios trabajadores de cooperativas de producción; servidores domésticos; trabajadores por cuenta propia o autónomos; estudiantes; personal civil no funcionario dependiente de establecimientos militares; representantes de comercio; trabajadores del mar; Seguridad Social Agraria.

introdujo la Atención Primaria en 1986 y la persistencia de una noción de salud pública entendida como saneamiento ambiental<sup>113</sup>.

Además, la relación de las instituciones sanitarias con la Seguridad Social mantiene — de forma directa en el 63, de formas más intrincadas después — el vínculo del derecho a la asistencia sanitaria con la situación laboral y económica de las personas.

Al tiempo, se introducían nuevos conceptos que tienen que ver con el lenguaje de la empresa. El texto del SOE aludía muy someramente a una necesidad de coordinación entendida como ausencia de disputas entre secciones del poder institucional y político<sup>114</sup>. En cambio, La Ley de Bases de 1963 insiste más directamente en la necesidad de una “coordinación” entendida como extensión del seguro a más grupos y una superación de programas parciales<sup>115</sup>. Habla de una “tendencia a la unidad” para “poner término a la complejidad”, la “duplicidad” y el “despilfarro de esfuerzos” y lograr así “eficiencia”. Proclama la “libre elección” de facultativo por parte del paciente y la importancia de medidas que hagan “a sus titulares adquirir conciencia del elevado coste de las prestaciones, lo que, además de fomentar su sentido de responsabilidad elimina

---

<sup>113</sup> Ágora *Norma, Uso, Mercado*, mayo de 2015.

<sup>114</sup> Los dos primeros párrafos de la ley del SOE rezan: “El seguro de enfermedad, establecido en muchos países de Europa, no se había implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos, en los que los intereses particulares en juego impedían esta realización. Superadas estas luchas y promulgado el Fuero del Trabajo, en cuya declaración décima se ordena el establecimiento de un seguro total, se dispuso por el Ministerio de Trabajo el estudio y redacción de esta Ley, en la que, recogiendo las experiencias necesarias, se plasmase en una realidad este seguro, con carácter obligatorio para productores económicamente débiles y con la amplitud y generosidad propia de nuestra Revolución Nacionalesindicalista”.

<sup>115</sup> Se trataba de “operar el tránsito de un conjunto de Seguros Sociales a un sistema de Seguridad Social al generalizar la protección a la población activa en su conjunto y al contemplar armónicamente las situaciones de necesidad social que la experiencia ha demostrado que son susceptibles de cobertura se reacciona contra la insuficiencia de nuestro sistema actual en parte nacida del largo y complejo proceso de expansión operado y, muy particularmente, de la aparición sucesiva y no coordinada de los sistemas parciales de aseguramiento” (Ley de Bases de la Seguridad Social 1963).

frecuentes abusos y fraudes” de un seguro que, aunque controlado por el Estado, continuaba de facto desplegándose a través de los conciertos con el sector privado (Pons y Pons 2008).

Sobre este sustrato, acabada la dictadura, se comienza a construir algo radicalmente distinto de lo que había: en vez de un sistema de Seguridad Social en el marco de una dictadura, un Sistema Nacional de Salud (SNS) que se miraba en el *National Health Services* (NHS) británico y sus características: sistema público y universal para todas las personas ciudadanas o residentes; equitativo; financiado con impuestos; orientado a una protección integral de la salud con énfasis en la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema; con una concepción de la salud pública como actuaciones de salud comunitaria y de promoción del autocuidado y la autonomía. Tanto en el diseño como en la puesta en práctica, se trababa de un SNS muy distinto, insisto, del sistema franquista, pero que en cuanto a construcción legislativa y administrativa reformula pero no acaba del todo con la estratificación anclada en la relación de la sanidad pública con la Seguridad Social y el aseguramiento.

Además, el proceso de construcción del SNS se inicia en España en una década, la de 1980, en la que se está construyendo el sistema de protección social mientras en otros lugares como el Reino Unido se despliegan saberes llamados expertos y políticas públicas que pretenden reformular esos sistemas de protección en base a los principios de la empresa. En especial, el principio de la competencia como única forma de hacer y de conducirse (“no hay alternativa”) una vez que se declara una “crisis” construida en gran parte en base a las críticas al *NHS* (Paul du Gay 2012, Javier Rey del Castillo 2011, Peter Miller y Nikolas Rose 1998). En España, a mediados de esa década se reducen los convenios de la

sanidad pública con las empresas privadas y se impone la exclusividad de los médicos en el sistema público (que no podían tener al tiempo consulta privada)<sup>116</sup>. Al tiempo, el sistema público se abre paulatinamente a la introducción de lógicas de empresa a través de fórmulas que no tocan la financiación pública pero sí la provisión de servicios.

### **3.2. Construcción iterativa de la universalidad**

Hay tres procesos que fueron dando forma a la tendencia hacia la universalidad en el acceso al sistema sanitario público: 1) la relación entre sistema sanitario y territorio, con la introducción de la Atención Primaria y el intento de desarrollar una salud comunitaria ligada a lo local; 2) la descentralización del sistema, en sus propios inicios, hacia las comunidades autónomas, cuyos gobiernos fueron asumiendo paulatinamente competencias en sanidad al tiempo que seguían ligados a las competencias estatales que tenía la Seguridad Social; 3) los pasos hasta alcanzar una financiación íntegramente desligada de las cotizaciones a la SS, de modo que todas las personas que pagaran algún impuesto, también impuestos al consumo, contribuían a financiar la sanidad.

La práctica diaria que se instaló en los centros de salud era la de atender a todo el mundo, si bien persistían estratificaciones; las comunidades autónomas expedían tarjetas sanitarias a las personas que residían en su territorio; desde el Estado, aunque nunca hubo una universalidad total fijada en leyes de sanidad, se iba legislando en ámbitos como los Presupuestos Generales, la Ley de Extranjería o la Seguridad Social para incluir grupos de personas que quedaban fuera de un sistema que todas las personas contribuían a financiar.

---

<sup>116</sup> *Ágora Norma, Uso, Mercado*, mayo 2015.

Al mismo tiempo, la LGS señalaba que habría conciertos entre la Administración Pública con el sector privado para “la prestación de servicios sanitarios”; hospitales y centros privados se ligaron al SNS a través de estos conciertos. La Ley hacía uso del argumento de la crisis del sistema sanitario para proponer una transformación “gradual” hacia un Sistema Nacional de Salud. Ese enunciado conectaba con otro más general en 1986, cuando se había declarado una “crisis económica”. La financiación únicamente por impuestos no se concreta hasta 1999<sup>117</sup>. Los plazos establecidos para la integración de los diferentes subsistemas no se cumplieron, resultando un SNS que proveía asistencia a través de la red más amplia que ya existía, la del modelo de Seguridad Social franquista y, para algunos grupos, a través de las mutualidades de empresas privadas. Las transferencias a las Comunidades Autónomas comenzaron en 1981 y acabaron en 2002. La tarea del “reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria” nunca deja de estar legalmente ligada al INSS, en cuyas oficinas nunca se ha dejado de usar el término “asegurado” (Sevilla 2006, del Castillo 2011).

Sobre la universalidad del sistema sanitario dice:

“La Ley da respuesta al primer requerimiento constitucional aludido, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, si bien, por razones de crisis económica que no es preciso subrayar no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones, sino que programa su aplicación paulatina, de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes, cuyo incremento no va necesariamente ligado a las medidas de reforma de las que, en una primera fase, por la mayor racionalización que introduce en la Administración, puede esperarse lo contrario” (Ley 14/1986, II)

---

<sup>117</sup> Consignada en la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, Capítulo III, Título I.



Pero históricamente la declaración de crisis en el sistema sanitario también la han utilizado grupos corporativos y algunos representantes políticos en épocas de llamada prosperidad para insistir en la profundización de la introducción de lógicas de mercado en el sistema público. El Informe Abril, de 1990 y del que me ocupo más abajo, es ejemplo de ello.

¿Se puede dar por sentado entonces que la LGS fue simplemente un intento fallido que al final mantuvo esquemas del pasado que producen ahora problemas? ¿Qué lugar ocupan entonces todos los cambios que introdujo, los avatares de su aplicación, el contexto en el que se desarrollaron esas “cosas viejas” y su relación con las “nuevas”, los sujetos que dibujaban y jugaban en ese tablero y lo desbordaban? Vamos a detenernos en estos procesos que activa la LGS — despliegue local del sistema, descentralización autonómica y relación con el sector privado y las lógicas de la empresa — para explorar cómo han funcionado en la construcción, en vaivén, de la universalidad de la sanidad en el sistema público.

### 3.2.1.Territorio, comunidad, salud

La Ley General de Sanidad de 1986 se gestó, publicó y puso en práctica en un contexto complejo en el que discurrieron de forma contemporánea el desarrollo discursivo y práctico de la salud entendida como un derecho humano fundamental que debían garantizar los Estados con la salud entendida como un campo en el que la empresa podía operar a través de los sistemas sanitarios públicos. Lejos de oponerse, estos desarrollos se entrelazaron emergiendo ya desde los inicios del sistema una suerte de ambivalencia que ha ido tomando diversas formas.

La LGS venía precedida de movimientos y legislaciones inspiradas en la Declaración de Alma Ata (1978). En ella, 134 naciones se comprometían a “promover y proteger la salud de todos los ciudadanos del mundo”, entendiendo salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”<sup>118</sup>. La declaración establecía como responsabilidad de los Estados tomar medidas y construir sistemas sanitarios públicos que permitieran alcanzar, en el año 2000, “un nivel aceptable de salud para toda la humanidad”. Para ello no sólo el sector de la salud sino otros debían ponerse a trabajar para acabar con la desigualdad política, social y económica. La Declaración otorgaba a la Atención Primaria (AP) un papel fundamental en este trabajo de consecución de justicia social, una AP que se hacía cargo de las condiciones económicas, políticas y sociales de las personas y se desarrollaba a partir de ellas. Basada en lo local y en “los resultados relevantes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud, y en la experiencia en salud pública”. Ligada a una comunidad, un “pueblo (que) tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención en salud” de modo que la AP garantizase el acceso de todos, la autoconfianza, la autodeterminación

---

<sup>118</sup> La Declaración de Alma Ata se firmó el 12 de septiembre de 1978 en la ciudad del mismo nombre, capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán, donde se celebraba la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF. La declaración se puede consultar en <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2006/12/alma-ata.pdf> (último acceso 2 de noviembre de 2015). En una entrevista en 2008, el doctor Halfdan Mahler, director de la OMS de 1973 a 1988, relata cómo poco después de la firma de la declaración los principios de la misma comenzaron a desvanecerse en un mundo donde el Fondo Monetario Internacional — participante en la conferencia de la declaración — estaba poniendo en práctica sus programas de ajuste estructural: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/en/> (último acceso 2 de noviembre de 2015). En los últimos años hay un intento desde la OMS de “recuperar Alma Ata”, título de la presentación de la directora de la OMS para Europa en la Conferencia Europea sobre Salud Pública en Bruselas en 2013; y de un artículo de 2008 firmado por la directora de la OMS, Margaret Chan: <http://www.who.int/dg/20080915/en/> (último acceso 2 de noviembre de 2015).

y la sostenibilidad de un sistema que tenía un coste que se podía soportar y que además garantizaba un proceso continuado de asistencia.

Se perfilaba una idea de Atención Primaria en la que el sistema sanitario se encontraba estrechamente ligado a la comunidad en la que estaba insertado, en la que los profesionales sanitarios conocían a los vecinos, cómo vivían, qué pensaban, qué problemas tenían, y tenían en cuenta lo que los vecinos aportaban y reclamaban para ver cuáles eran las necesidades y prioridades del territorio y su población en cuanto a la salud, que se podía construir de forma colectiva. Para ello, todos debían poder acceder al sistema.

Alma Ata sirvió de inspiración para grupos de profesionales que comenzaban a trabajar en un nuevísimo sistema sanitario en España y querían construir una Atención Primaria que pusiera en el centro la comunidad y su salud. Superando el lugar del saber experto que mira desde arriba, la idea era poner en marcha investigaciones situadas y prácticas que permitieran conocer a las gentes de un territorio y lograr algo tan concreto como disminuir la tasa de mortalidad.<sup>119</sup>

La importancia de la vinculación entre atención primaria y barrio, personas y territorio se ligaba al intento de abrir el sistema a la participación

---

<sup>119</sup> Estas afirmaciones nacen de conversaciones con médicos de atención primaria que comenzaron a trabajar muy jóvenes en los primeros centros de AP en Madrid, en especial las charlas con Elena Aguiló. Una de sus referencias es Julian Tudor Hardt, uno de los médicos de AP e investigadores más conocidos del Reino Unido. Desde 1968 y durante más de una década Hardt y su equipo hicieron una investigación de las condiciones de vida de los vecinos del pueblo de Gales donde trabajaban, Glyncoirwg. Gracias a esta investigación y a las acciones que se pusieron en marcha se pudieron conocer los condicionantes sociales relacionados con la hipertensión arterial de los vecinos del pueblo y disminuir la tasa de mortalidad. Hardt también es conocido por su actividad política en defensa del NHS como sistema de solidaridad para todas no sólo en cuanto a la salud sino como pieza clave para construir una sociedad socialista y justa. Es famosa su Ley de Cuidados Inversos, que señala que ahí donde más se necesita atención médica es donde menos disponibilidad hay, algo que se agrava si la sanidad está sometida a lógicas de mercado. También es uno de los protagonistas del documental de Ken Loach sobre la construcción de los sistemas de protección en Reino Unido después de la Segunda Guerra Mundial, *The Spirit of 45* (2013). Su página web es <http://www.juliantudorhart.org>

ciudadana; centros de salud que no son solo lugares de enfermedad sino lugares sociales que se conectan con otros, porque el sistema sanitario aborda una mínima parte de lo que es salud. Profesionales cuya función principal no era diagnosticar usando las últimas tecnologías médicas ni recetar los medicamentos más novedosos sino acompañar a los usuarios, que son autónomos. Todo ello eran claves para promover salud comunitaria y a la vez la sostenibilidad del sistema, anclado en una atención primaria no tecnificada y nada cara y que, por su conexión con los barrios y con el resto del sistema sanitario, era la condición para la extensión del acceso universal.

Pero esta noción de Atención Primaria y su concreción práctica no están exentas de críticas. Hay, al menos, dos críticas de diferente tipo de las que me ocupo aquí: una que impugna el propio modelo como un dispositivo disciplinario de contención de luchas sociales y políticas; y otra más ligada a lo concreto, a cómo el modelo se concretó en el sistema sanitario en Madrid<sup>120</sup>.

La primera crítica señala que en Alma Ata estuvieron presentes actores como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y otras agencias financieras que veían en la promoción de sistemas sanitarios una forma de incrementar el desarrollo económico en clave capitalista. Además, el modelo de salud comunitaria se ve impugnado por relatos que señalan que, en su intento de socavar la hegemonía de lo biomédico, lo sanitario se ha extendido a zonas de la vida social que se pueden abordar desde otro lugar, produciendo una medicalización de las luchas sociales y de la propia autoorganización del cuidado de sí. Reducir la tasa de mortalidad es un logro que, al tiempo, forma parte del

---

<sup>120</sup> *Ágora Norma, Uso, Mercado*, mayo 2015.

gobierno de los procesos biológicos de la población para regularla de acuerdo con el principio de la eficiencia.

La segunda crítica admite la primera aunque reconoce fugas de ese modelo disciplinario. La aplicación de estas primeras legislaciones del sistema sanitario, señala este tipo de crítica, sí mejoró la atención sanitaria, implantó una jornada de trabajo fija y digna para los profesionales así como formación y una zonificación cercana al territorio. Además, aunque el hecho pueda ser el mismo, una reducción de la tasa de mortalidad, la forma de llegar a él puede estar animada por el principio de la eficiencia o por el del bienestar y la autonomía de las personas. Estas críticas se fijan sobre todo en cómo se desplegó un sistema sanitario inspirado en lo comunitario, lo universal y lo participativo y que, sin embargo, desde el principio se encontró con dificultades que no pudo soslayar. Por ejemplo, el modelo participativo murió casi antes de nacer, al encontrarse la falta de cultura participativa con la creación de espacios de “participación” que no tenían capacidad de decisión real<sup>121</sup>. Cristina, una veterana médica de AP en Madrid, cuenta que los procesos de participación, reglamentados en los Consejos de Salud de Área, se comenzaron a acreditar de modo que los profesionales que participaban en ellos sumaban puntos para su carrera. Los espacios de participación, apuntaba, estaban dominados por los expertos del sistema sanitario: eran “simulacros” en los cuales, sin embargo, podían tejerse fugas que iniciaban otros procesos por fuera de los espacios oficiales.

Quizá la crítica más sugerente en cuanto a lo que se intenta hacer aquí, trazar una genealogía que conecta lo “viejo” con lo “nuevo”, es esa que Cristina enunció así: el lenguaje utilizado en Alma Ata era “demasiado genérico y podía

---

<sup>121</sup> Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

ser utilizado para lo contrario”. Así, términos como “autonomía” son ahora utilizados para designar la consecuencia automática del ejercicio individual de la “libre elección”, lógica que en Madrid fue unida a la eliminación de los Consejos de Salud de Área y a la ruptura de la ligazón de la salud con el territorio al constituirse el Área Única en 2009<sup>122</sup>.

### 3.2.2. Libre elección, área única, competencia

Antes de que se aprobara la LGS se publicó un texto legal, el *RD 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud*, que se ocupaba de delimitar lo que llamó las “Zonas de Salud” de la Atención Primaria: unas “demarcaciones poblacionales y geográficas” de entre 5.000 y 25.000 habitantes donde se ubicarían los centros de salud, por entonces aún del sistema de Seguridad Social<sup>123</sup>. Este diseño ligado al territorio se continúa desarrollando en la LGS, que habla de “zonas básicas de salud” como “marco territorial de la atención primaria de la salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud” que ya pertenecían al SNS (art. 62 y 63).

Las zonas básicas de salud se integrarían en unas áreas mayores, las Áreas de Salud, que contarían con recursos según las necesidades sanitarias del

---

<sup>122</sup> Ley 6/2009 de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Comunidad de Madrid y después Decreto 52/2010 de 29 de julio sobre Estructuras Básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud, que deroga el Decreto 98/1988 de 8 de septiembre - que establecía el Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid-, y el Decreto 187/1998 de 5 de noviembre -que actualizaba la zonificación sanitaria de esta Comunidad.

<sup>123</sup> Hubo, antes de la aprobación de la LGS, un intento de construir un sistema local de salud, con la creación de los Centros de Promoción de la Salud (CPS) dependientes de los primeros ayuntamientos de la Transición. En Madrid, en 2004, tomaron el nombre de Centros Madrid Salud (CMS). Desde ellos se hizo un intento de desplegar acciones de salud comunitaria que tuvo diversos resultados según los barrios (Javier Segura 2013). En octubre de 2015, ya con el gobierno de Ahora Madrid en el Ayuntamiento, el concejal de Seguridad, Salud y Emergencias, Javier Barbero (psicólogo clínico que trabajaba en el Hospital La Paz antes de asumir el cargo de concejal), presentó el proyecto ‘Madrid, ciudad de los cuidados’, que incluye la transformación de los 16 CMS en 21 Centros de Salud Comunitaria, uno por distrito. Se puede ver la presentación del proyecto en el Pleno Extraordinario del Ayuntamiento de Madrid del 14 de octubre de 2015 aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=QP3a9c9ttVg> (último acceso 24 de octubre de 2015).

territorio. Las Áreas de Salud son demarcaciones territoriales delimitadas por diversos factores además del geográfico — socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación así como de instalaciones sanitarias del Áreas — donde las Comunidades Autónomas despliegan sus servicios de salud. Tienen entre 200.000 y 250.000 habitantes. La propia ley reconoce que la mayor amplitud de las Áreas de Salud puede tener “un leve efecto centralizador” que “se compensa” invitando a las Corporaciones locales a participar en “el control y la gestión” de las Áreas de Salud en los Consejos de Salud<sup>124</sup>.

El principio territorial ligado a lo local no impedía, no obstante, que en el texto legal se consignara un principio que ya se explicitaba en la Ley de Bases de 1963, el de “libre elección de médico”, aunque siempre dentro de la Zona de Salud (art. 14). Tan solo cuatro años después de la aprobación de la LGS algunos grupos que atesoraban poder económico e institucional convertían este principio en la base de la introducción de lógicas y prácticas de mercado en el sistema público.

En 1990, el gobierno socialista constituyó una “Comisión para la revisión del SNS” a petición del grupo parlamentario Centro Democrático y Social, CDS. Este grupo consideraba que existía una “obligación moral” de iniciar un debate sobre “regulación versus competencia” en un sistema sanitario “sometido a tensiones económicas”, “mutaciones demográficas”, “nuevas actitudes sociales” y “un acelerado proceso técnico médico” que requería se pensara en “la eficiencia

---

<sup>124</sup> Las Corporaciones locales, según la ley, tienen espacio en el órgano participativo, el Consejo de Salud de Área, y en el órgano de dirección, el Consejo de Dirección de Área, que elige al Gerente del Área. Esta institucionalización de los Consejos fue parte de ese vaciamiento de estos espacios para la participación ciudadana del que hablaba Cristina arriba.

en el uso de recursos”<sup>125</sup>. La Comisión estaba compuesta por un grupo de “expertos”, sobre todo economistas o “analistas”; algunos habían ocupado cargos públicos en la dictadura y continuaron haciéndolo después con diferentes gobiernos y también se dedicaron al mundo del sector sanitario privado, la empresa farmacéutica, de la formación y de la investigación<sup>126</sup>. La Comisión produjo el “Informe Abril”, un texto nombrado tanto por sus defensores como por sus detractores en discusiones acerca de la introducción de lógicas y prácticas de empresa en el SNS: “hay que sacar del cajón el Informe Abril” o “ya han desempolvado otra vez el Informe Abril”. Porque estas lógicas y estas

---

<sup>125</sup> Proposición no de Ley ante el Pleno del Congreso 1 62/000031, Grupo Parlamentario CDS. El texto de la proposición así como el propio Informe Abril se pueden consultar aquí: <http://www.consorcio.org/accesos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interres/resumen%20informe%20abril.pdf> (ultimo acceso 2 de noviembre de 2015). Todas las citaciones del Informe a partir de aquí salen de este documento.

<sup>126</sup> Fernando Abril Martorell (político profesional con Unión Centro Democrático, UCD, dedicado a la empresa privada cuando Felipe González le propuso como presidente de la comisión); Enrique Costas Lombardía (economista de la salud, defensor de la inversión privada en el SNS. Se pueden consultar textos suyos aquí: [http://elpais.com/autor/enrique\\_costas\\_lombardia/a/](http://elpais.com/autor/enrique_costas_lombardia/a/)); Joan Josep Artells Herrero (analista de política social en salud que ha tenido cargos públicos y privados como investigador sobre la “colaboración público/privada”. Se puede ver su perfil de *Linkedin* aquí: <https://www.linkedin.com/pub/joan-josep-artells-herrero/15/b55/320>); Rafael Alonso Pedreira (que escribía sobre gestión sanitaria y fue director de clínicas privadas. Se puede leer una entrevista suya en ABC en 1994 aquí:

<http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1994/10/26/061.html>);

Luis Bohigas Santasusagna (que ocupó cargos públicos en el Ministerio de Sanidad y en la Generalitat, es profesor *Business School* de Barcelona y Director de Relaciones Institucionales de la farmacéutica Roche); Antonio García de Blas (economista que también ocupó cargos públicos tanto en la dictadura como después, luego se dedicó al mundo de la empresa y era, según su necrológica, muy amigo de Martorell:

[http://elpais.com/diario/2005/08/10/agenda/1123624801\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2005/08/10/agenda/1123624801_850215.html)); Carmen Martínez Aguayo (licenciada en Medicina, ha ocupado diversos cargos con gobierno del PSOE, sobre todo en Andalucía); Francisco Martínez Borrego (ha sido difícil encontrar información de Martínez Borrego en Internet pero figura como fundador de una Fundación dedicada a la investigación química experimental en salud: <http://www.ccfundacions.cat/fundacions/fundacio-morales-palau>); José María Segovia de Arana (Doctor en Medicina, ha ocupado diversos cargos de gestión en hospitales públicos y privados o de gestión privada como la Fundación Jiménez Díaz, así como cargos políticos y académicos en universidades y en la Fundación Ramón Areces, en cuya web se puede consultar su perfil:

<http://www.fundacionareces.es/fundacionareces/portal.do?TR=C&IDR=601>) y Rafael Bengoa Rentería (Doctor en Medicina, ha ocupado puestos en el Gobierno Vasco, la Organización Mundial de la Salud y en universidades. Ha sido asesor del presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, en su reforma sanitaria. Se presenta como defensor de la sanidad pública universal). Colaboró también una larga lista de personas, algunas relacionadas con el mundo de la auditoría de centros y sistemas sanitarios como Mercé Casas, socia de la empresa de asesoría en gestión sanitaria IASIST, a la que conoceremos más en el Capítulo 5.



prácticas se llevan encontrando desbordes y resistencias desde el principio. El propio texto, de 1990, era consciente de la oposición que podían generar. De hecho, una de las expresiones que repite a lo largo del mismo es que las medidas que propone se tomarán “cuando el ambiente sea propicio”.

El texto hace una crítica a un sistema que considera centralizado, rígido, burocratizado, que “coarta la libertad de elección”, no promueve la asunción de “responsabilidad” de los médicos en el “gasto” ni la “autonomía de gestión” de los centros sanitarios; que gestiona de forma no “eficiente” sus recursos y no cuenta con sistemas de información que le permitan “evaluarse” y “orientarse a los resultados”. Al mismo tiempo, recupera algunos términos del pasado para justificar su apuesta por la mayor participación del sector privado en el SNS y por la promoción de lo que llama “conciencia de gasto” en los usuarios. Califica los conciertos del sistema público con entidades privadas y con las mutuas como “tradiciones del sistema”. En un momento en el que la financiación del SNS aún no recaía solamente en los impuestos, propone no acabar con la parte de financiación por cuotas a la Seguridad Social porque éstas visibilizan más el coste para los usuarios que los impuestos, que lo diluyen.

En síntesis, el informe introduce varios aspectos clave que vehiculan las propuestas de introducción de lógicas y prácticas de mercado en el sistema público. Todo ello enmarcado en un discurso de la escasez y de la “crisis” del sistema sanitario que tiene lugar, según reconoce el propio informe, en un momento de crecimiento económico. Comparar este informe con, por ejemplo, otros dos publicados en 2011 es un ejercicio interesante para analizar el gobierno de crisis: tanto el de Price Waterhouse Cooper (PwC) como el de la Fundación Bamberg, a cuya presentación acudieron representantes políticos de

los dos grandes partidos, PSOE y PP, hacen una crítica del SNS similar a la que hacía el Informe Abril, pero situándola en el contexto de “crisis económica”<sup>127</sup>. También proponen ahondar en políticas sanitarias similares, algunas de las cuales ya se vienen desplegando desde hace décadas.

Y es que las claves del Informe Abril llevan décadas “saliendo del cajón”. Estas son: 1) la definición de lo público en base a quién financia el sistema, pero no quién gestiona y provee los servicios, que puede ser una empresa privada; 2) la medición de la “calidad” de la atención en base al “coste por proceso”; 3) la necesidad de dirigirnos a un modelo “per cápita” en el que el sistema público paga a las empresas proveedores una cuota fija por usuario que reside en el territorio cubierto por el centro sanitario, que además intentará aumentar los ingresos creando “prestaciones complementarias” que serán de pago<sup>128</sup>.

Pero quizá la idea más transformadora que se propone en el Informe Abril, de la que se hace depender el éxito de todas la demás, sea el intento de introducir, con lo que llama la “creación de mercados internos”, la competencia en la sanidad pública. Para ello, las Áreas de Salud de la atención primaria, dice el informe, deben ser mayores que las creadas por la LGS y por ellas se deben poder mover libremente los usuarios que escogen dónde y quién les trata: “el dinero sigue al paciente”. Es más, debe haber un área de salud única en cada región, siendo su función principal la de gestionar presupuestos y comprar a los proveedores, que serán los hospitales.

---

<sup>127</sup> PwH 2011, “Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2011”, <http://www.pwc.es/es/sala-prensa/multimedia/informe-sanidad.jhtml>; Fundación Bamger 2011, “El modelo de Futuro de Gestión de la Salud”, <http://www.pwc.es/es/sala-prensa/multimedia/informe-sanidad.jhtml>, (último acceso 24 de octubre de 2015).

<sup>128</sup> Si los pacientes no recurren al hospital que tienen asignado en ese sistema de pago per cápita sino que se van a otro, el hospital debe pagar a la administración por ese paciente perdido; si recibe pacientes de fuera de su cupo, la administración paga al hospital escogido. Veremos más acerca de este sistema en el Capítulo 5.

Para que estos mercados internos funcionen es necesaria la producción de normas de derecho privado cuya “flexibilidad” permite, mucho más que el derecho público, “adaptar” recursos (léase personal del SNS) a los diferentes contextos. El Informe insiste en que los profesionales del SNS no deberían tener “puestos en propiedad”, un expresión que, como veremos en el Capítulo 5, usó en repetidas ocasiones en 2012 el entonces consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández Lasquetty, para criticar a los profesionales que se oponían a su plan de privatización<sup>129</sup>.

En esto se ha ido avanzando, si necesidad de cambiar la LGS: una de las primeras cosas que me sorprendió cuando fui conociendo personas que trabajaban en el SERMAS (médicas, enfermeras, auxiliares administrativas) era su inestable situación laboral: interinidades extendidas en el tiempo, contratos de tiempo determinado, a veces de semanas, de días; rotando de un centro de salud a otro, de un hospital a otro. Javier Rey del Castillo habla de una “explosión de formas contractuales atípicas fuera del estatuto” (2011: 91). También habla del Castillo de una huida al derecho privado para poner en práctica esa división entre la provisión de servicios sanitarios, la compra y la financiación, introduciendo al sector privado como actor en lo primero (Ibid).

La Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya en 1990 crea lo que llama un “sistema mixto” incorporando “mecanismos de gestión empresarial”. Fue la base para la creación de empresas en la atención primaria en Catalunya<sup>130</sup>. Después

---

<sup>129</sup> El Informe Abril recomienda que la relación entre el profesional y los sistemas sanitarios no sea estatutaria, es decir, no esté regulada por las normas de la función pública sino que sea laboral, regulada por las normas del derecho laboral, que permite diferentes tipos de contrato. Esto ya se está dando en Madrid desde la implantación del Área Única en 2009.

<sup>130</sup> Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya, 15/1990, de 9 de julio, base para la creación de empresas formadas por profesionales sanitarios que concursan para obtener la gestión de un Área de Salud y que responden al servicio catalán de salud, CatSalud, en base a unos objetivos

vino la Ley 15/97, de alcance estatal, cuyo único artículo habilitando “nuevas formas de gestión” de centros sanitarios por empresas privadas estableció el suelo jurídico para la creación del Modelo Alzira<sup>131</sup>. Este modelo toma su nombre de la localidad donde la empresa privada Ribera Salud gestiona el primer hospital público bajo una forma que se ha extendido a Alicante y sobre todo a Madrid, con 6 centros públicos gestionados por Ribera Salud — hospitales en Valdemoro, Vallecas, Arganda, Collado Villalba y Torrejón y el Laboratorio Clínico Central de Madrid —. La empresa anuncia en su página web que fueron “más allá” de lo establecido en la Ley 15/97 al introducir el “sistema de pago caputivo”, clave también de la defensa que hizo Lasquetty de su plan en 2012<sup>132</sup>. Todo sobre la base de la libre elección del paciente, punta de lanza de los sucesivos gobiernos en la Comunidad de Madrid; una libre elección que requería acabar con las áreas de salud y crear un “Área Única” por la que el paciente se pudiera mover libremente para escoger centro sanitario y profesional.

Todo un vuelco con respecto a la concepción de la Atención Primaria ligada al territorio y a prácticas de salud comunitaria. Un vuelco que, sin embargo, dice pretender no afectar a la universalidad del sistema. El Informe Abril califica a la universalidad de “hito” del sistema sanitario, que “explica por sí

---

establecidos anualmente. Son las Entidades de Base Asociativa (EBAs) que se presentan como un paso hacia la autonomía de los profesionales y los centros de atención primaria. Sin embargo, desde los movimientos anti privatización se han visto como una herramienta para introducir la lógica y la práctica de empresa en los centros sanitarios públicos. También desde la investigación: Ana Martínez, Gemma Tarafa, Joan Benach y Montse Vergara 2014.

<sup>131</sup> Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que convierte en ley lo que ya establecía el RD 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud. Caballo de batalla de muchas organizaciones y colectivos anti privatización, entre los que se encuentra quizá la más vocal en Madrid en este aspecto, la Coordinadora Anti Privatización de la Sanidad de Madrid, CAS Madrid ([www.casmadrid.org](http://www.casmadrid.org)).

<sup>132</sup> <http://www.modeloalzira.es/index.html>

mismo la elaboración” del Informe. Es más, dice el texto, es el mantenimiento de la universalidad, lo costoso de la misma, lo que hace necesaria la introducción de la competencia. ¿Cómo? Alentándola con el estímulo, los incentivos y las penalizaciones para que tanto los centros de salud como sus profesionales compitan, algo que permite y a la vez se alimenta de la libre elección del usuario-cliente. La responsabilización, la “conciencia” de los profesionales y de los usuarios-clientes de que “la salud cuesta dinero” sería la otra cara de la competencia en un sistema sanitario público de gestión privada.

Para ello, el Informe Abril propone la introducción del “hábito de la facturación” en los centros sanitarios: facturación entre centros por los pacientes que tratan que estaban asignados a otros centros y facturación a los usuarios con “hojas informativas” y pagos “simbólicos” y “disuasorios” por asistencia “complementaria”, medicinas y atención de urgencias. Una idea particular de “progreso” — asociada al aumento de la renta de los consumidores y a su capacidad de ver con buenos ojos lo pagos — late detrás de un texto seguro de encontrar la verdad de lo que debe ser un sistema sanitario público en el mercado (Laval y Dardot 2013):

“Como última reflexión cabe indicar que, afortunadamente, en una sociedad dinámica el nivel de renta va creciendo y, año tras año, capas más numerosas de la sociedad irán teniendo aquella percepción (la de pagar, con la que ya cuentan los que tienen seguros privados). Conviene, por ello, reflexionar sobre la permanencia de una regla general de gratuidad que ha presidido etapas de desarrollo económico inferior y ha sido acompañada de una cierta precariedad en la asistencia sanitaria y pensar, asimismo, en la conveniencia de sustituirla por una regla general de participación del usuario en el coste, con las excepciones que la equidad requiera” (Conclusiones Informe Abril)

Hojas informativas o compromisos de pago; disuasión, facturas, aumento de la aportación del usuario en las medicinas son, como hemos visto, piezas fundamentales en el despliegue de la exclusión sanitaria desde 2012. Todos esos documentos, a su vez, tienen una genealogía de uso conectada a la estructura institucional del Sistema Nacional de Salud en su ligazón con la Seguridad Social.

### 3.2.3. Descentralización autonómica, Seguridad Social estatal, aseguramiento

En la construcción de un Sistema Nacional de Salud se acometieron varios procesos a la vez. Por un lado, se creaba un sistema que quería integrar en su seno todos los subsistemas existentes (mutualidades, beneficencia, sistema de la Seguridad Social, iguales)<sup>133</sup>. Por otro lado, el sistema se descentralizaba en las comunidades autónomas. La relación entre estos dos movimientos, que es en gran parte la relación entre las lógicas del sistema de Seguridad Social estatal y las de un sistema universal descentralizado en sistemas de salud autonómicos, se ha tejido en torno a dos elementos: 1) la extensión (o no) del acceso de más grupos de personas al sistema sanitario a través de la creación de estratos que complementan el central, el de los “asegurados” en el lenguaje de la Seguridad

---

<sup>133</sup> Antes de la LGS de 1986 se aprobó el RD-Ley 36/1978, que hace desaparecer la INP y reorganiza la Seguridad Social creándose tres entidades: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) éste último concentrando lo relacionado con la prestación de asistencia sanitaria. Aunque el poder contar con los documentos para recibir asistencia sanitaria era trabajo del INSS, la asistencia sanitaria del INSALUD estaba bajo el paraguas del Ministerio de Sanidad y Consumo, si bien la Tesorería General de la Seguridad Social conservaba la titularidad de muchos de los centros sanitarios. El INSALUD desaparece en 2002, cuando se completa el proceso de transferencias a las CCAA que ordenaba la LGS, quedando una estructura en la que están los servicios de salud de las CCAA y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA al que, según la legislación, le corresponde “la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad”, <http://www.ingesa.msssi.gob.es/organizacion/quienes/home.htm> (último acceso 24 de octubre de 2015).

Social; 2) el lugar que se le ha otorgado a esta extensión en el asunto de la financiación estatal de los sistemas de salud regionales, que oscila entre dos polos: el que considera que se ha dado un despliegue legítimo del sistema para llegar a todas las personas y el que interpreta que ha habido un caos incontrolado por parte de las CCAA que ha resultado en un gasto insostenible.

La LGS pretendía orientar “las políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español” (art. 12) y buscaba “la extensión de sus servicios a toda la población” a través de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (en Madrid el SERMAS). Sin embargo, existían exclusiones. La Ley dejaba desprotegidos a varios grupos de personas, algunos de los cuales se han ido incorporando (diferencialmente) al SNS en virtud de sucesivas legislaciones llamadas “de ampliación de cobertura”, insertadas en diversos ámbitos de actuación. Las personas no cotizantes y sin recursos económicos suficientes — las llamadas “tarjetas de sin recursos” — se incorporan con el RD 1088/1989, un texto del cuerpo de legislación de la Seguridad Social<sup>134</sup>. Los extranjeros sin permiso de residencia lo hacen con la Ley de Extranjería 4/2000, que deja en manos de las Comunidades Autónomas el desarrollo legislativo y administrativo de este acceso. La mayoría accedían a los sistemas sanitarios regionales por la figura del “sin recursos”<sup>135</sup>. Los españoles

---

<sup>134</sup> La ley lleva el título de Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

<sup>135</sup> País Vasco, Catalunya, Aragón y Andalucía incluyen en sus Estatutos de Autonomía el derecho a la salud de todas las personas y, aunque el requisito general para tener tarjeta sanitaria era el padrón, el País Valencià crea una tarjeta llamada “solidaria” para las personas que no podían empadronarse (Mónica Gallego González 2013). Las denegaciones arbitrarias pero sistemáticas de empadronamiento a personas sin papeles han sido una constante en algunos ayuntamientos de España, una exclusión que generaba otras, como no poder acceder a los centros de salud y otros centros sanitarios (Ávila 2011).

residentes que agotaron la prestación o el subsidio por desempleo y los que ejercían una actividad por cuenta propia se incorporaron con la Ley de Salud Pública de 2011<sup>136</sup>. Los autónomos, con el RDL 16/2012, que ofrece la oportunidad de escoger la asistencia en el sistema público a personas que trabajan en profesiones liberales como la abogacía.

El lenguaje que se utiliza en las legislaciones de “ampliación de cobertura” es el propio de la Seguridad Social: el aseguramiento es el eje central.

Este término, “aseguramiento”, ha ido mutando de significado. En el SOE el seguro era una figura para que los trabajadores con pocos ingresos cubrieran gastos si se ponían enfermos. Cuando se construyó el sistema de protección social estatal en la década de 1980 las leyes de la Seguridad Social — cuyo lenguaje incorporan las leyes de sanidad — usan la idea del seguro como un derecho social que se construye a partir del trabajo “no a través de la lógica del mercado sino de la socialización del salario (...) una propiedad social para la seguridad (...) la base de una “ciudadanía social” garantizada por sistemas desarrollados por el Estado social que protegen ante riesgos que degradan al individuo” (Robert Castel 2003: 35-52). El sociólogo Robert Castel relata cómo estos sistemas de Seguridad Social son altamente estratificados ya que el Estado social que comenzó a desarrollarse en algunos países de Europa después de la Segunda Guerra Mundial no redistribuyó la riqueza y la propiedad sino que creó sistemas altamente protectores que beneficiaban de igual forma a todas las personas que se inscribían en un estrato salarial, en una colectividad así definida,

---

<sup>136</sup> Esta ampliación de cobertura se hace en la disposición adicional sexta de una ley que el gobierno socialista, por los plazos que se fijó “atendiendo a las cuentas públicas”, no tuvo tiempo de desarrollar antes de perder el gobierno central en las elecciones de 2011. Tampoco modifica esta ley los regímenes especiales en los que el sector privado proporciona la asistencia.



al tiempo que mantenían las desigualdades entre estratos — una “sociedad de semejantes”, no de iguales—.

Pero a partir de 1970 en adelante, señala Castel, esas categorías basadas en el trabajo, ese trabajo estable del que emanaban los derechos sociales ya no es tal sino que es precario, cambiante, en muchas ocasiones inexistente. Se comienza a hablar de una seguridad social en la que el individuo establece una relación directa y contractual — no colectiva — con sus riesgos; sobre todo si es pobre y sin empleo, el individuo se “responsabiliza” de la obtención de una asistencia — no un derecho — que se le otorga en base al moldeamiento de su conducta, a su intención de “normalizarse” y asumir la responsabilidad de asegurarse a sí mismo. En las legislaciones sanitarias actuales, el aseguramiento se recupera como una tradición que legitima un cambio de modelo sanitario hacia otro “más europeo”, en el cual el principio rector del sistema es la “eficiencia” y el seguro es el contrato del individuo — con el sistema público o con el privado — para protegerse ante los riesgos.

“La regulación establecida por la normativa europea en relación con el sistema de reconocimiento mutuo de los derechos a las prestaciones sanitarias y sociales entre Estados miembros, que utiliza el concepto de aseguramiento como mecanismo de reconocimiento de esos derechos a efectos de garantizar el acceso a las prestaciones en los países de la Unión Europea y la liquidación de costes entre los mismos, ha hecho necesario recordar dicho concepto, ya existente en nuestro Sistema Nacional de Salud, de modo que dicho acceso se garantice dentro de unas normas claras respecto a los derechos que asisten a las personas en las diferentes situaciones en las que pueden encontrarse” (RD 1192/2012)

Ya no es una escalera de grupos por salarios; sería más bien un tablero donde se va cambiando de pieza o se queda sin ella de forma regular: de trabajar

por cuenta propia a quizá por cuenta ajena, a quedarse en el paro cobrando primero la prestación, luego una ayuda, luego nada, perder en el camino los recursos económicos suficientes para mantenerse o ponerse enfermo y no poder trabajar y, si uno es migrante, perder el permiso de residencia. Lo “europeo” no es que todas las personas puedan tener asistencia sanitaria en igualdad de condiciones, dice el decreto, sino que cada cual tenga su seguro:

“(la) separación de fuentes de financiación entre el Sistema Nacional de Salud y la Seguridad Social no ha llevado aparejada la necesaria delimitación de funciones a la hora del reconocimiento de los derechos. Las comunidades autónomas, en el marco de sus respectivas competencias, han extendido el derecho de cobertura sanitaria de forma muy diversa y sin tener en cuenta la legislación europea en materia de aseguramiento, poniendo en riesgo la solvencia del propio Sistema Nacional de Salud y abocándolo a procedimientos de infracción por parte de la Comisión Europea que reclama la aplicación efectiva del principio de igualdad de trato” (RD-l 16/2012)

La relación entre los organismos del Estado que se ocupan de la parte financiera y más administrativa del SNS (la Seguridad Social y el Ministerio de Hacienda) con los servicios de salud de las Comunidades Autónomas torna aquí clave: las CCAA han ido más allá de lo permitido en su extensión del acceso y, por tanto, del “gasto”, dicen las nuevas leyes y los discursos y prácticas que se despliegan en torno a ellas.

El investigador Francisco Sevilla habla de “la paradoja de la lejanía”: la Seguridad Social ve al SNS como una parte de sus prestaciones incluida en sus análisis de estabilidad financiera (2006). Los centros de salud ven al INSS como el lugar donde van algunos grupos, los migrantes y/o los más pobres, pues eran los únicos grupos que históricamente tenían que acercarse a la Seguridad Social

para solicitar la tarjeta sanitaria mientras que los “asegurados” podían hacer el trámite en su centro de salud<sup>137</sup>.

Por otro lado, según Javier Rey del Castillo, lo que las CCAA invertían en sanidad era difícilmente controlable por el Ministerio de Hacienda que enfoca el SNS “como un problema ante todo económico” (2011). Cuando a partir de 2008 en adelante el “déficit público” comenzó a ser el centro de discursos políticos y mediáticos que enunciaban la “crisis”, éste se construyó en buena medida en base a los “déficits” de las CCAA. Esos “déficits” se construyeron a su vez en base al “gasto” que las CCAA habían hecho en sus sistemas sanitarios al extender el acceso a los mismos.

Para complejizar aún más esta narración que dice que la extensión del acceso al Sistema Nacional de Salud ha sido obra de los sistemas sanitarios regionales hay que tener en cuenta las diversas formas en las que este proceso se ha vivido desde abajo. Como veremos en el siguiente capítulo, existe otro relato que cuenta cómo la culminación del proceso de asunción de competencias en sanidad por parte del gobierno de la Comunidad de Madrid trajo consigo una recentralización: de las diversas formas de hacer de los centros de salud a una forma de hacer que se homogeneizaba desde arriba a través de artefactos como las bases de datos unificadas y controladas desde los órganos de gestión del SERMAS (Capítulo 4)

---

<sup>137</sup> Una compañera auxiliar, Inés, me explicó esto. Antes del decreto de abril de 2012, que recentraliza la solicitud de tarjetas sanitarias en el INSS, las personas hacían la solicitud en el centro de salud. Las unidades administrativas mandaban esta solicitud a la sección de tarjeta sanitaria del SERMAS, cuyos trabajadores podían acceder a la base de datos de Tesorería de la Seguridad Social para comprobar la situación laboral y los ingresos del solicitante. La solicitud se aprobaba y la tarjeta se enviaba al centro de salud o, después, directamente al domicilio de la persona. Sin embargo, los “sin recursos”, al menos sobre el papel, debían pasar por el INSS para demostrar precisamente esa falta de recursos suficientes que les permitía tener tarjeta sanitaria aunque no cotizaran a la Seguridad Social ni fueran familiares de cotizantes. Lo veremos en el Capítulo 4.

### 3.3. Unas notas sobre el decreto de exclusión

Hasta 2012, en las leyes de sanidad se hablaba de “Titulares de derecho” a la asistencia sanitaria y se incluía como tales a casi todos los grupos de población que diferentes leyes especifican. El RD-l 16/2012, sin embargo, habla “De la condición de asegurado”, que “ostentan” las personas que tienen relación con la Seguridad Social y aquellos españoles o extranjeros con permiso de residencia que, no teniendo relación con la Seguridad Social, no superen un límite de ingresos anual que no especifica. El Real Decreto 1192/2012 de agosto fijó ese límite de ingresos en 100.000 euros al año. Con esto se creó un “cajón de sastre”<sup>138</sup> en el que se incluye a la mayoría de las personas que no tienen relación con la Seguridad Social pero son españoles o tienen permiso de residencia<sup>139</sup>. También se habla en los decretos de 2012 “De la condición de beneficiario”, que incluye a parejas o ex parejas de “asegurados” e hijos e hijas menores de 26 años o con una discapacidad mayor o igual al 65%. Los padres y madres no pueden ser “beneficiarios” de sus hijos e hijas. Se mantiene además el “aseguramiento” del SNS provisto por mutuas privadas, es decir, los regímenes especiales. Para las demás personas no incluidas en ninguno de estos grupos se menciona el pago de un convenio suscrito con el SNS que el Ministerio de Sanidad no pondría en marcha hasta julio de 2013<sup>140</sup>. Ese contrato entre la persona “no asegurada” y el SNS no incluye la financiación pública de los medicamentos ni otros productos

---

<sup>138</sup> Esta expresión la tomo prestada de un trabajador del INSS que conoceremos en el Capítulo 4.

<sup>139</sup> Quedan fuera las personas con nacionalidad española o permiso de residencia que no cotizan a la Seguridad Social y tienen ingresos anuales superiores a los 100.000 euros y las personas que, en virtud de la instrucción del INSS, obtuvieron el NIE o permiso de residencia después del 24 de abril de 2012 y no pueden ser ni “beneficiarias” de sus familiares ni “aseguradas” al no cotizar.

<sup>140</sup> Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, *por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud* y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, *por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*.

sanitarios y sus precios son 60€ mensuales para las personas menores de 65 años y 157€ para las personas de 65 años o más<sup>141</sup>.

Con convenio o sin él, para las personas sin permiso de residencia el decreto escribe un artículo específico, el 3ter, para la asistencia “con cargo a fondos públicos (es decir, sin tener que pagar ni en el mostrador de admisión ni a través de una factura posterior) de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica”, “al embarazo, parto y post parto” y de los menores “en las mismas condiciones que los españoles”. Este artículo será clave tanto para el despliegue de la exclusión sanitaria como para la lucha contra ella, pues abre la puerta a diversas interpretaciones acerca de lo que es una urgencia (Capítulo 6).

La conjunción de estos dos decretos junto con normativas internas (del INSS) o disposiciones adicionales en otros textos legales (como ocurre con la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2014), ha ido dejando fuera a más grupos de población de los que en un inicio se explicitaba. Las organizaciones en lucha contra la exclusión sanitaria han ido conociendo las situaciones individuales, estudiándolas y agrupándolas sobre el terreno, como ha ocurrido con la situación que viven los padres y madres reagrupados o las personas que han tenido que ir a buscarse la vida fuera.

---

<sup>141</sup> En el sector privado los seguros básicos que no incluyen medicación y conllevan copagos rondan los 35€ al mes y los seguros con todo incluido para personas mayores de 60 años rondan los 170€, si bien es cierto que el convenio del gobierno no tiene las barreras que tienen los seguros privados, en especial las denegaciones de tratamiento por considerar la enfermedad como “previa” a la firma del contrato. Ver la historia de Nena y Ale en el Capítulo 6. El número de personas que han contratado ese convenio, como ya mencionamos en la introducción, es mínimo: 730 personas había contratado el seguro en febrero de 2015.

Otras medidas que incluye el decreto son:

1) *el pago en las “carteras de servicios”*: el conjunto de servicios que presta el SNS se llama “cartera de servicios”<sup>142</sup>. En abril de 2012, la nueva ley crea otras dos carteras: la “cartera común suplementaria” y la “cartera común de servicios accesorios”. Al hacerlo, introduce el pago de los usuarios que requieran tratamientos que se incluyen en las dos nuevas carteras: fármacos, prótesis, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente en la primera y tratamientos “especiales” y de “apoyo” a patologías crónicas en la segunda. El decreto abre la posibilidad de que las CAs puedan crear sus propias carteras complementarias si así lo consideran, siempre que demuestren a la administración central “la suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria”<sup>143</sup>.

Según decía el decreto, una orden ministerial dictaría qué se incluía en cada cartera. En un primer momento portavoces de administraciones y del gobierno hicieron declaraciones sobre qué “servicios” podían tener o no relación “estricta con la curación de las personas” como criterio para decidir qué se incluía en las carteras segunda y tercera, sometidas a pago. Por ejemplo, se puso en duda si el transporte sanitario no urgente, es decir, la ambulancia que un médico pide porque la considera necesaria para trasladar a un paciente del centro de salud o de especialidades al hospital, ostentaba esa relación con la curación, y lo mismo

---

<sup>142</sup> La definición textual es: “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias” (L 16/2003 art.20.1)

<sup>143</sup> Será justamente esta condición, la de no gastar más que lo que se les permite, la que esgrima el Estado frente a las CAs que han legislado para volver a introducir a grupos de personas excluidas en sus sistemas de salud. Sin embargo, como veremos más abajo, el Tribunal Constitucional ha fallado que el gobierno central no ha sido capaz de demostrar ese gasto.

ocurrió con las mamografías<sup>144</sup>. En los medios de comunicación se vertieron críticas contra estos pagos y, finalmente, el Ministerio de Sanidad anunció tanto que las mamografías estarían en la cartera básica como que no habría pago en transporte sanitario no urgente ni en prótesis<sup>145</sup>. A pesar de que he podido acceder a proyectos de orden para la cartera común básica del SNS y a otras más específicas — prestación ortoprotésica y transporte no urgente — y que desde el ministerio han asegurado que hay grupos de trabajo que se ocupan de ello, al cierre de esta tesis no se ha publicado orden alguna que aclare qué entra y qué no en cada cartera y qué habrá que pagar<sup>146</sup>.

2) *Pago de medicamentos*: el decreto de abril de 2012 saca fuera de la financiación pública una lista de medicamentos y productos sanitarios — lo que se llamó “medicamentazo” — y establece nuevos porcentajes de pago para los que están financiados por el SNS<sup>147</sup>. Los pensionistas, que antes de septiembre de 2012 estaban exentos, tienen que pagar por los medicamentos. La mayoría de las

---

<sup>144</sup> Para el cruce de declaraciones sobre las mamografías se puede ver: *El HuffPost*, “El Gobierno pide “no especular” sobre las mamografías y admite trabajos para delimitar la cartera de servicios”, 7 de septiembre de 2012, [http://www.huffingtonpost.es/2012/09/07/el-gobierno-pide-no-espec\\_n\\_1864109.html](http://www.huffingtonpost.es/2012/09/07/el-gobierno-pide-no-espec_n_1864109.html) (último acceso 21 de julio de 2015). Sobre los pagos, las carteras y el análisis crítico de “la relación con la curación” de las personas se puede ver Marta Pérez y Ramón Larburu 2013.

<sup>145</sup> *El Mundo*, “Sanidad no aplicará el copago en ambulancias”, 13 Enero 2014, <http://www.elmundo.es/salud/2014/01/13/52d42bc0e2704e8d578b4584.html> (último acceso 21 de julio de 2015)

<sup>146</sup> La última orden que ha hecho pública el Ministerio es de 2007 y se puede consultar en la página web del mismo: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/home.htm> (último acceso 2 de noviembre de 2015). Por cuestiones de espacio y de enfoque no puedo hacer aquí un análisis de estas órdenes si bien constituiría un estudio muy interesante ya que en estos documentos se argumenta qué tipo de pruebas y tratamientos se deben incluir en cada cartera en base a diferentes criterios (coste-eficiencia, resultados en salud, etc.) La preeminencia de cada criterio sería un enfoque muy interesante en un estudio sobre cómo estos documentos traducen diferentes situaciones en problemas de salud y, al abordar su tratamiento dentro o fuera del sistema sanitario y con o sin pago, construyen un tipo de sistema con una particular noción de salud (Didier Fassin 2004).

<sup>147</sup> El jueves 16 de septiembre de 2013 se publicó en el BOE la Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, *por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario*.

demás personas tienen que pagar más por ellos y se exime del pago a algunos grupos<sup>148</sup>.

En un primer momento se hizo más visible que los pensionistas tenían que pagar porque los medios de comunicación publicaron noticias sobre el procedimiento. Aunque se establecieron unos topes mensuales (tuvieras las recetas que tuvieras, no pagabas más de una cantidad al mes por medicamentos) la ley permitía que los jubilados adelantaran su porcentaje de pago por cada medicamento como si ese tope no existiera para que luego, tras un mínimo de tres meses y un máximo de seis, el servicio de salud de la Comunidad Autónoma les devolviera el dinero<sup>149</sup>. Algunas comunidades idearon sistemas para no cobrar a los pensionistas una vez alcanzado el límite, evitando un pago que era de facto un préstamo gratis a la administración. Entre ellas estaba Madrid, que inventó una especie de cuadernillo de papel, al estilo de las antiguas cartillas sanitarias, donde se llevaban la cuentas<sup>150</sup>. Se usó hasta finales del otoño de 2013, cuando se conectó la base de datos del INSS (BADAS) con la del SERMAS y esa información iba ya incluida electrónicamente en la tarjeta sanitaria y en la receta electrónica. A partir de entonces, eran los ordenadores de las farmacias

---

<sup>148</sup> El porcentaje de pago queda así: pagarán un 60% del precio del medicamento los que tienen una renta anual superior a 100.000€; un 50% los que tienen una renta superior o igual a 18.000€ y no llegan a los 100.000€; un 40% del precio el resto, exceptuando los pensionistas, que pagan un 10% y se dividen en tres grupos con topes mensuales: pagan 8€ los que tienen renta inferior a 18.000€, 18€ los que la tienen superior a 18.000€ y 60€ los de rentas superiores a 100.000€. Los mutualistas pagan el 30% de la receta y están exentos de pago las personas afectadas por síndrome tóxico, las personas que perciben renta de integración social, las que reciben pensiones no contributivas, los parados que han perdido el derecho a recibir subsidio por desempleo y los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

<sup>149</sup> El 26 de enero de 2013 se publicó en el BOE la Resolución de 11 de enero de 2013, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, *por la que se establece el procedimiento de reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurados pensionistas así como por sus beneficiarios*.

<sup>150</sup> Elena G. Sevillano, "Los pensionistas tendrán una tarjeta para no adelantar el coste de los medicamentos", *www.elpais.es*, 17 de agosto de 2012, [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/08/17/madrid/1345197944\\_128667.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/08/17/madrid/1345197944_128667.html) (último acceso 21 de julio de 2015)



los que hacían el cálculo. Si bien el pago se sigue haciendo y las personas lo notan en su cuenta corriente, éste se tornó más individualizado que en las primeras semanas de su implantación. Ya no es tan visible como ir con la cartilla a la farmacia y echar allí las cuentas y comentarlas. Y no genera una incertidumbre tan pública. Pero según señala un estudio de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) de junio de 2014, el pago de medicamentos supone un problema, sobre todo en familias con varios de sus miembros en paro que sobreviven con la pensión del abuelo o de la abuela<sup>151</sup>. *Hay viejecitos que dejan caducar las recetas y vuelven a principios de mes a que se las vuelvas a hacer, porque es cuando han cobrado la pensión*, contaba indignada Inés, una compañera auxiliar administrativa que trabaja en un centro de salud del centro de Madrid. Además, en octubre de 2013 se publicó una resolución que colocaba fuera de la cartera común básica los medicamentos que se dan en las farmacias de los hospitales a la gente que no está ingresada<sup>152</sup>. Esto significaba que había que pagar por ellos hasta un tope. Estos medicamentos, que no se pueden comprar en una farmacia comercial, son los que necesitan personas con enfermedades crónicas y/o graves. Ninguna comunidad autónoma puso en

---

<sup>151</sup> FADSP, *Informe sobre la asistencia sanitaria tras los recortes y los planes de sostenibilidad*, Junio de 2014, <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/834-informe-la-asistencia-sanitaria-tras-los-recortes-y-los-planes-de-sostenibilidad> (último acceso 2 de noviembre de 2015). La recogida de datos para el informe se hizo entre el 10 de mayo y el 10 de junio de 2014, entre 1.107 usuarios y usuarias de 46 centros sanitarios del SERMAS. El informe dice que el 20,39% de los pensionistas han dejado de comprar, por motivos económicos, medicamentos prescritos. Lo mismo ocurre con el 25,92% de los parados y con el 1,77% de las personas con trabajo.

<sup>152</sup> Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario. [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/513241-r-sanidad-servicios-sociales-e-igualdad-10-sep-2013-modifica-las-condiciones.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/513241-r-sanidad-servicios-sociales-e-igualdad-10-sep-2013-modifica-las-condiciones.html)

marcha esta medida y al final el Ministerio la retiró<sup>153</sup>. Y es que los sistemas de salud regionales han interpretado, aplicado o se han opuesto al decreto de exclusión sanitaria de maneras diversas.

### 3.3.1. Lucha institucional

A diferencia del modelo de sistemas de salud regionales que regulan la concesión y expedición de tarjetas sanitarias, el decreto de abril de 2012 recentralizó el “reconocimiento y control de la condición de asegurado” en el Instituto Nacional de la Seguridad Social, que cruza datos con otros organismos como Hacienda y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Son éstas últimas las que expiden, una vez aprobadas por el INSS, las tarjetas sanitarias. Aunque en gran parte este reconocimiento se hace de “oficio” o por Internet, por el INSS tienen que pasar padres y madres que quieren solicitar las tarjetas sanitarias para sus bebés<sup>154</sup>, así como todas esas personas incluidas en el

---

<sup>153</sup> RTVE.es/EFE: “Sanidad anuncia la retirada del copago de medicamentos de las farmacias de los hospitales”, 6 de febrero de 2015, <http://www.rtve.es/noticias/20150206/sanidad-anuncia-retirada-del-copago-ambulatorio-hospitalario/1094620.shtml> (último acceso 21 julio de 2015).

<sup>154</sup> Solamente obtienen la tarjeta sanitaria los bebés que han podido ser documentados por sus padres. Documentar a un menor puede ser un proceso complejo, que se torna en imposible si los padres no tienen permiso de residencia. Aunque en los centros de salud de Madrid existe la costumbre de enviar a estos menores al INSS a “arreglar sus papeles”, esto no sirve de nada si los padres no tienen papeles. Varios informes han documentado negaciones de atención a bebés que no tienen tarjeta sanitaria, a los que no se les asigna pediatra. También se han documentado facturas de atención a menores (Médicos del Mundo 2013 y 2014, Yo Sí Sanidad Universal 2013 y 2014). En febrero de 2015, la Gerencia de Atención Primaria del SERMAS decidió borrar la información clínica de los recién nacidos una vez transcurridos 90 días desde que fueron dados de alta en el sistema sanitario madrileño desde un servicio hospitalario si sus padres no llevaban la documentación del bebé en esos días al centro sanitario. Varios colectivos (Yo Sí Sanidad Universal, SOS Racismo, la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria y la Sociedad de Pediatría de Madrid y de Castilla-La Mancha) denunciaron que esto significaba borrar citas de seguimiento de bebés y quitarles el pediatra que tenían asignado. A los pocos días, el SERMAS rectificó: aunque mantenía el plazo de 90 días para entregar los papeles del bebé, no borraría los historiales clínicos, que incluirían información para pediatras y auxiliares sobre el proceso de “regularización” del bebé. Se puede consultar varias fuentes, entre otras, el comunicado de Yo Sí Sanidad Universal al respecto:

[http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Comunicado\\_YoSi\\_menores.pdf?mtime=1426000553](http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Comunicado_YoSi_menores.pdf?mtime=1426000553) (último acceso 2 de noviembre de 2015) Y también la noticia de Laura Galaup en *eldiario.es*, “Madrid recula y no anulará las citas pediátricas de los bebés de inmigrantes”, 27 de febrero de 2015, [http://www.eldiario.es/sociedad/Madrid-borrara-sistema-sanitario-regularizar\\_0\\_361164896.html](http://www.eldiario.es/sociedad/Madrid-borrara-sistema-sanitario-regularizar_0_361164896.html) (último acceso 24 de octubre de 2015).

cajón de sastre del “aseguramiento por límite de ingresos”. Tienen que demostrar que no tienen ingresos superiores a 100.000 euros, ni un trabajo, ni otra cobertura sanitaria en otro país. Esta recentralización ha sido un terreno de lucha con algunas comunidades autónomas. Veámoslo.

Los decretos de abril y agosto de 2012 introdujeron cambios complejos en varios aspectos clave del sistema sanitario: quién puede disfrutar de él, de qué puede disfrutar y cuánto tiene que pagar por ello. Para los grupos de personas que quedan fuera del sistema se establecen excepciones. Lejos de armonizar y “ordenar” los diversos sistemas de salud regionales — uno de los objetivos que el propio texto se propone<sup>155</sup> — el desarrollo normativo e institucional del decreto se ha dado en un campo de fuerzas con diversos actores. Ha habido gobiernos de comunidades autónomas que se han opuesto al decreto estatal y han aprobado leyes para que éste no fuera efectivo. Una oposición que se convirtió en bola de nieve después de los cambios de gobierno tras las elecciones de mayo de 2015, que dejaron el escenario ya descrito en la Introducción de esta tesis. Tan solo La Rioja permaneció en silencio mientras que Andalucía, Islas Baleares, Catalunya, Comunidad Valenciana, Castilla La Mancha, Castilla León, Extremadura, Euskadi, Asturias, Cantabria y Navarra anunciaron diversas formas de volver a incluir a grupos de personas en sus sistemas sanitarios y pidieron la derogación del decreto sanitario o renovaron peticiones anteriores. Madrid, Islas Canarias, Galicia y Murcia regularon de diversas maneras el acceso de las personas sin papeles a la Atención Primaria, regulaciones modeladas en base a la idea del

---

<sup>155</sup> En su exposición de motivos el decreto señala que viene a solucionar la “ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento”, “el crecimiento desigual de las prestaciones del catálogo”, las “situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos”.

gobierno central de crear “programas especiales” e identificaciones específicas para que las personas sin papeles accedan a la AP.

*Antes de mayo de 2015...*

Dos comunidades autónomas, Euskadi (en 2012) y Navarra (en 2013), se enfrentaron al gobierno central en el Tribunal Constitucional (TC). Tanto una como otra aprobaron textos legales que volvían a incluir a todas las personas residentes: Navarra solicitaba solamente el empadronamiento, sin tiempo de antigüedad del mismo, mientras que Euskadi introducía el requisito, que antes no existía, de contar con un año de padrón<sup>156</sup>. El presidente del gobierno central, Mariano Rajoy, recurrió al TC alegando que la aplicación de esas normas suponía un perjuicio económico para el Estado, dando lugar a su suspensión cautelar. Sin embargo, en los dos casos, el TC levantó esa suspensión al no estimar que existiera ese perjuicio. En dos autos muy similares, el TC aceptaba el argumento de que es necesario balancear el “ahorro” con el derecho a la salud pero recriminaba al gobierno central que no hubiera sido capaz de demostrar que el decreto de abril de 2012 producía ese “ahorro” y aceptaba los argumentos de las administraciones regionales de que producía perjuicios a la salud<sup>157</sup>.

Andalucía, con un gobierno del PSOE, declaró que no iba a cumplir el decreto, que se iba a atender a todas las personas en igualdad de condiciones y presentó un recurso de inconstitucionalidad<sup>158</sup>.

Ocho comunidades autónomas (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Galicia y Valencia) aplicaban el decreto de diferentes formas. Asturias y Canarias señalaron que no lo aplicarían, si bien abrían la puerta a la colaboración con ONGs para atender o medicar a las personas que se quedaban fuera y no han producido un documento concreto sobre la atención a personas excluidas. Extremadura, Galicia, Catalunya y Valencia crearon “programas especiales” para que las

---

<sup>156</sup> Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi y Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, *por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita en el sistema público sanitario de Navarra*.

<sup>157</sup> Se pueden consultar dos análisis de estos autos. El primero, del auto de Euskadi (ATC 239/2012), pone el acento en que el TC acepta el argumento del “ahorro” y lo pone al mismo nivel que el derecho a la salud, preguntándose por tanto qué pasaría si el gobierno fuera capaz de demostrar ese “ahorro”

([http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Analisis\\_Auto\\_TC\\_decreto\\_vasco.pdf](http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Analisis_Auto_TC_decreto_vasco.pdf)).

El segundo, sobre el auto de Navarra (ATC 7089/2013), pone el acento en el alegato que hace Navarra del derecho a la salud y la obligación del Estado de garantizarlo

([http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Analisis\\_Auto\\_TC\\_decreto\\_navarro.pdf](http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Analisis_Auto_TC_decreto_navarro.pdf)). Sobre el auto del TC sobre Navarra también se puede consultar Marta Pérez, Alejandra Villaseñor e Ignacio Trillo 2014.

<sup>158</sup> Recurso de inconstitucionalidad número 4585-2012,

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-11837](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-11837). Aún así, se han registrado situaciones de exclusión sanitaria en esta comunidad autónoma. Ver informe REDES.

personas sin papeles pudieran obtener un documento diferenciado que les facilitara acceder al sistema sanitario en algunos supuestos, siempre bajo el argumento de que no atender a estas personas podía generar “problemas de salud pública” para el resto de la población. Catalunya añadió a este argumento el de las competencias de las CA en sanidad<sup>159</sup>. Los requisitos establecidos por estos programas eran: empadronamiento por un periodo determinado de tiempo, renta y obtención de documentos que demuestren que no se cuenta con “cobertura sanitaria” en otro país. La gestión de los mismos se encargó a las trabajadoras sociales de los centros sanitarios y/o de los ayuntamientos. Al menos en Valencia, sabemos que este programa funcionaba como un dispositivo de contención e incluso de represión (Capítulo 2).

Finalmente, tras las elecciones de mayo de 2015 que trajeron cambios de gobierno en ocho comunidades autónomas, la lucha institucional se ha acrecentado y las situaciones se han transformado incluso en Madrid, donde el Partido Popular renovó su puesto al frente del gobierno regional<sup>160</sup>.

---

<sup>159</sup> El programa del Gobierno de Extremadura se llamaba Pascaex y en el texto que lo aprueba se puede leer: “la situación de los extranjeros irregulares puede acarrear problemas de salud pública, ya constatados con respecto a los extranjeros no empadronados al amparo de la legislación precedente. Hay que tener en cuenta que la no cobertura en atención primaria a las personas en situación administrativa irregular obligará, en muchos casos, a que estas personas esperen hasta que consideren que su situación es lo bastante grave para justificar su presencia en los servicios de urgencia. Esta situación podría provocar efectos secundarios en la población residente ya que se pueden contraer enfermedades y propagarlas, dado que son muchas las personas extranjeras en situación regular que conviven a diario con extranjeros en situación irregular, tanto en las viviendas, como en otros ámbitos, algo que se podría evitar facilitando la prevención y dando continuidad a la asistencia de los procesos”. Instrucción conjunta nº de 15 de julio de 2013 de la Dirección General del SES y de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la Consejería de Salud y Política Social, sobre creación y aplicación del Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX), <http://saludextremadura.gobex.es/documents/19231/562418/Instrucci%C3%B3n+PASCAEX+firmada.pdf>. Para conocer el *Programa Galego de protección social da saúde pública*: [http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N3\\_T01.aspx?IdPaxina=40086](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=40086). Para conocer el programa catalán, se puede visitar el texto de la instrucción que lo crea ([http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/normatives\\_instruccions/any\\_2012/instruccio\\_10\\_2012\\_30\\_agost/instruccio\\_10\\_2012.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2012/instruccio_10_2012_30_agost/instruccio_10_2012.pdf)) así como la información sobre diversos “Programas de interés sanitario” (<http://www.parlament.cat/activitat/bopc/10b043.pdf>). Los compañeros de *Jo Sí Sanitat Universal* (de Catalunya) aseguraban que en un año, 2013, “no se ha(bían) concretado las vías administrativas para asegurar el acceso a los programas de interés sanitario” (“Manual de Grupos de Acompañamiento”, *Jo Sí Sanitat Universal*, <http://josisanitatuniversal.cat/materials/>).

<sup>160</sup> El 24 mayo de 2015 se celebraron elecciones locales y autonómicas. Cambiaron los gobiernos de ocho comunidades autónomas, siete de las cuales el Partido Popular, el partido del gobierno central, perdió a favor de gobiernos de coalición: Castilla La Mancha, Extremadura, Aragón y Castilla y León (PSOE con Podemos); Navarra (Podemos, Geroa Bai, EH Bildu, Izquierda Ezkerna) e Islas Baleares (PSOE, Podemos, MES). Además, en ciudades como Madrid (Ahora Madrid), Barcelona (Barcelona en Comú), Cádiz (Cádiz en Común), Zaragoza (Zaragoza en Común) y A Coruña y Santiago de Compostela (Marea Atlántica), entre otras, ganaron candidaturas ciudadanas compuestas por gentes diversas y no por políticos profesionales.

### 3.3.2 Madrid

El 27 de agosto de 2012, tres días antes de que las tarjetas sanitarias de miles de vecinas fueran desactivadas de su base de datos, el Servicio Madrileño de Salud produjo un documento técnico sobre la identificación y facturación (o no) de las personas que, de acuerdo con la ley estatal, formaban parte del grupo de situaciones consideradas excepcionales<sup>161</sup>. Sin entregar ningún documento a las personas que habían quedado sin tarjeta, su acceso al sistema sanitario tenía que ver con la forma de darles de alta en la base de datos (el llamado Sistema de Información Poblacional de la Comunidad de Madrid, *SIP-CIBELES*).

Se creó un alta especial llamada “Transeúnte sin permiso de residencia” (TIR), de un año de duración, que se usaría para todas las personas que entraran por urgencias en centros de salud y hospitales, así como para las personas con “enfermedades de salud pública” y enfermedades mentales. Para las embarazadas, menores y personas “solicitantes de protección internacional” y “víctimas de trata de seres humanos” se crearon también altas específicas<sup>162</sup>. Todas estas personas tendrían que mostrar el pasaporte y el padrón para poder ser dadas de alta en los centros sanitarios y no podrían tener recetas como las de los demás sino que con ellas se usaría la llamada “receta blanca”, que implicaba pagar entero el precio del medicamento.

Si entraban por urgencias, rezaban las instrucciones, no se les cobraría esa primera atención pero sí se podría cursar factura por las visitas de seguimiento. Las instrucciones del SERMAS interpretaban el RD-l 16/2012 e iban más allá: si éste parece dar a entender que las urgencias no se cobran hasta la situación de alta médica, las instrucciones dicen que se podrán facturar los seguimientos tras el alta de urgencias. La diferencia entre estas dos altas es fundamental para la lucha contra la exclusión

---

<sup>161</sup> *Instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Servicio Madrileño de Salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria*. Aunque no eran públicas, colectivos como CAS Madrid y Yo Sí Sanidad Universal colgaron estas instrucciones en sus webs: <http://www.casmadrid.org/docStatic/INSTRCCASISSANITNOASEGURADOS.pdf> (último acceso 24 de octubre de 2015). La instrucción contiene algunos errores: señala que se debe remitir a las personas a su centro de salud para que soliciten la tarjeta cuando es en el INSS donde se hace este trámite; para los que no tengan esa condición de “asegurada o beneficiaria” remite al Convenio Especial, no disponible hasta julio de 2013.

<sup>162</sup> “Embarazada sin permiso de residencia” y “Menor Sin Permiso de Residencia”. Para las embarazadas se creó también el llamado Documento para la Atención Sanitaria en Situación Especial (DASSE), que es un papel se obtiene en el centro de salud y dura todo el embarazo y el periodo llamado de posparto, que son dos meses. Los informes citados muestran cómo este documento no se conoce (y no se expide) de forma regular en los centros de salud de Madrid.

sanitaria: alta médica es la que una persona recibe cuando se ha recuperado de su proceso; alta de urgencias es la que recibe tras el primer ingreso por la puerta de urgencias, pero puede que le queden otras visitas que hacer, incluso operaciones a las que someterse, tras ese alta de urgencias. Según las instrucciones, esas visitas de seguimiento se podían cobrar. En virtud de esta regulación se dieron situaciones tan violentas como la que sufrió Mohamed en el verano de 2013. Fue operado de urgencia de la rotura de dos tobillos (se cayó mientras trabajaba) pero todos los cuidados que requería después, incluido quitarle las escayolas, estaban sometidos a pago<sup>163</sup>.

Además de las urgencias, los menores, las mujeres embarazadas y las víctimas de trata o persecución, otras situaciones excepcionales eran: 1) las personas que estuvieran siendo tratadas de una enfermedad a la entrada en vigor de la norma, que podrían seguir viendo a su médico, pero solo por ese motivo; 2) los llamados “supuestos de salud pública”, en los que se incluían enfermedades mentales<sup>164</sup>, que se atenderían, dicen las instrucciones, aunque se podrían facturar “si se estima que la patología puede ser superior a un año”. Es importante destacar que muchas de las enfermedades graves y/o crónicas, como el VIH o la esquizofrenia, duran para toda la vida y su tratamiento, según estas instrucciones, se puede facturar mientras que las de relativa fácil curación inferior a un año pero con rápida extensión entre la población (tuberculosis por ejemplo) están exentas de facturación. Para todas estas enfermedades de la lista, las instrucciones establecen que la medicación se dará al paciente directamente sin que éste tenga que ir a comprarla a la farmacia, pero no establecen mecanismos de almacenamiento ni distribución de estos fármacos, almacenamiento que no está permitido en los centros de salud.

A pesar de estas instrucciones, que ordenaban dar las altas informáticas a las personas sin tarjeta sanitaria que entraban por urgencias que permitían dar les citas de seguimiento, el uso general de estas altas ha sido escaso. Los órganos gestores del SERMAS han tenido conocimiento de que ese era el funcionamiento regular en decenas de centros de salud en varias ocasiones<sup>165</sup>.

---

<sup>163</sup> Mohamed cuenta su historia en el vídeo titulado Yo Sí Sanidad Universal, vídeo del primer aniversario, 21 de julio de 2013, [https://www.youtube.com/watch?v=\\_SULmKHcbBw](https://www.youtube.com/watch?v=_SULmKHcbBw) (último acceso 24 de octubre de 2015).

<sup>164</sup> La lista de los “supuestos de salud pública”, que el SERMAS también llama “Enfermedades de Declaración Obligatoria” (EDOs) se puede consultar en la página web de Yo Sí Sanidad Universal: <http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/EDOs.jpg>

<sup>165</sup> “Informe de irregularidades detectadas en la aplicación de las instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Servicio Madrileño de Salud”, Yo Sí Sanidad Universal, Julio 2014: <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/informe-de-irregularidades-detectadas-en> (último acceso 24 de octubre de 2015).

Tras las elecciones de mayo de 2015, en la Asamblea de Madrid, el 30 de julio de 2015 se aprobaron varias proposiciones no de ley presentadas por los grupos de la oposición, entre ellas una que instaba al gobierno regional a garantizar la asistencia sanitaria a las personas sin papeles y a las personas españolas exiliadas<sup>166</sup>. Era la primera vez en 20 años que se aprobaban este tipo de proposiciones presentadas por la oposición<sup>167</sup>. Al tiempo, la candidatura ciudadana Ahora Madrid ganó las elecciones de mayo de 2015 al Ayuntamiento de Madrid. Concejales y representantes de esta institución se manifestaron públicamente a favor de una ciudad libre de exclusión sanitaria<sup>168</sup>.

En el verano de 2015 los centros de salud recibieron varios documentos desde la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del SERMAS que les ordenaban prestar atención continuada a las personas sin papeles.

El 21 de agosto de 2015, el Director general de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del SERMAS, César Pascual Fernández, envió una carta a los Directores de Centros de Salud. El texto se reducía a solo un párrafo:

*“Por parte de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria se comunica que debe prestarse todo tipo de Asistencia Sanitaria recogida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud a todas las personas inmigrantes con o sin documentos, en tanto en cuanto no se realicen las instrucciones oportunas y se elabore el documento acreditativo que les dé derecho a la asistencia sanitaria”<sup>169</sup>.*

---

<sup>166</sup> La proposición la presentó el PSOE con el apoyo de Podemos. El Boletín Oficial de esa sesión se puede consultar aquí: [http://www.asambleamadrid.es/BOAM/BOAM\\_10\\_00011.pdf](http://www.asambleamadrid.es/BOAM/BOAM_10_00011.pdf)

<sup>167</sup> José Marcos, “El PP pierde todas las votaciones en la Asamblea de Madrid”, *elpais.es*, 24 de julio de 2015, [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/23/madrid/1437673269\\_882126.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/23/madrid/1437673269_882126.html) (último acceso 1 de noviembre de 2015).

<sup>168</sup> Javier Barbero, “Alpha Pam y la sanidad que queremos”, *Elmundo.es*, 9 de junio de 2015, <http://www.elmundo.es/madrid/2015/06/08/5575fe1246163f113c8b45ac.html> (último acceso 1 de noviembre de 2015).

<sup>169</sup> La carta se puede ver aquí: Graciela Sánchez, “Cifuentes ordena por carta a los centros sanitarios de Madrid “atender a todos los inmigrantes”, *eldiario.es*, 25 de agosto de 2015, [http://www.eldiario.es/desalambre/Cifuentes-sanitarios-Madrid-atiendan-inmigrantes\\_0\\_423807824.html](http://www.eldiario.es/desalambre/Cifuentes-sanitarios-Madrid-atiendan-inmigrantes_0_423807824.html) (último acceso 30 de octubre de 2015)



Esas “instrucciones oportunas” que nombra la carta se refieren a las declaraciones de la presidenta de la Comunidad de Madrid, Cristina Cifuentes, del PP, acerca de un programa especial para personas sin papeles que les otorgaría un documento con el que podrían acceder a la Atención Primaria<sup>170</sup>.

Una semana después de la carta, el 28 de agosto de 2015, la misma Dirección General envió llegó otro documento a los directores de los Centros de Salud. Esta vez tenía tres páginas, se presentaba como una “nota aclaratoria” de la carta anterior, e incluía una guía pantalla a pantalla de cómo dar ese alta en el sistema informático:

*La Presidenta de la Comunidad ha sido muy clara al respecto: en tanto en cuanto se elabora una norma que regule el acceso de estas personas a las prestaciones del SNS en la Comunidad de Madrid deberá por parte del SERMAS de forma temporal facilitarse, sin restricción alguna, dicho acceso a las personas en situación irregular.*

*Asimismo a los efectos de disipar las posibles dudas que surjan al respecto y evitar posibles disfunciones y con objeto de facilitar el trabajo de los profesionales, se recuerda que, cuando las personas en situación irregular acudan a solicitar asistencia sanitaria se les dará provisionalmente de alta en el Sistema de Información Poblacional-CIBELES con el código TIR (Transeúntes sin permiso de residencia)*

*(...)*

*El código TIR, como es sabido, permite la continuidad asistencial, así como, las pruebas diagnósticas, las interconsultas y los ingresos hospitalarios si fuesen precisos. De momento, las prescripciones farmacéuticas no se podrán realizar en receta médica oficial, por lo que las mismas deberán realizarse, si fuesen necesarias y de manera transitoria, en receta blanca.*

Finalmente, el 14 de septiembre de 2015 los centros de salud reciben otra instrucción, acerca de la “*instauración de un nuevo código para facilitar el acceso a la financiación de medicamentos a personas extranjeras en situación irregular con insuficiencia económica atendidas en los recursos sanitarios del Servicio Madrileño de Salud*”. El código DAR. Las personas “*extranjeras en situación irregular con insuficiencia económica*” deberán firmar una “*declaración responsable de no estar aseguradas ni disponer de recursos económicos*”<sup>171</sup>.

A la luz de estas transformaciones, ¿qué permanece del despliegue de la exclusión sanitaria en Madrid y qué ha mutado? Lo más evidente, que hay grupos

---

<sup>170</sup> Raúl Rejón, “Cifuentes creará una tarjeta sanitaria especial para ‘sin papeles’”, *eldiario.es*, 21 de agosto de 2015, [http://www.eldiario.es/sociedad/Madrid-indocumentados-documento-sanitario-region\\_0\\_422408072.html](http://www.eldiario.es/sociedad/Madrid-indocumentados-documento-sanitario-region_0_422408072.html) (último acceso 30 de octubre de 2015).

<sup>171</sup> Las personas que no firmen esta declaración tendrá el código TIR.

de personas que siguen sin tener tarjeta sanitaria. El procedimiento administrativo graciable que les permite acceder al sistema sanitario público tampoco se ha transformado en profundidad. A partir del verano de 2015 se usa mucho más, y esto significa que las personas pueden ver a sus médicas, tener citas, tener recetas. Pero además de que ese uso puede variar, el propio procedimiento encierra una historia particular en el SERMAS que construye a los grupos de población con los que se usa como diferentes, irresponsables, como los que “no se aseguran”.

El alta llamada “transeúnte” se usa en el SERMAS para las personas que acuden a un centro de salud diferente del asignado en la zonificación de Madrid y para aquellas que residen en otra comunidad autónoma y, estando en Madrid, van al médico. “Hazle un transeúnte”, se dice comúnmente, un alta que dura solamente un día porque se entiende que la persona “está de paso”. Sin embargo, esta figura también se usa para personas que viven en el barrio pero lo hacen en la calle, sin domicilio declarado<sup>172</sup>. El transeúnte, al ser una categoría más abierta que las demás, puede tanto servir para atender a personas que pasan por allí como para reproducir desigualdad en el caso de personas que residen en el barrio.

---

<sup>172</sup> Estas personas podían contar con el Documento para la Atención Sanitaria (DAS) que les servía para acceder de forma estable a los centros sanitarios. Sin embargo, conseguirlo requería de trámites con la administración que no todas las personas estaban en disposición de llevar cabo. Lo solicitaba la trabajadora social del centro de salud a la Dirección General de Atención Primaria del SERMAS, para personas que no podían tener la tarjeta sanitaria (por no contar con padrón y/o documento de identificación). Duraba seis meses prorrogable a otros seis. Las solicitudes se consideraban como una medida excepcional, analizables caso por caso, e iban acompañadas de un informe médico que certificaba “que la persona necesitaba asistencia” y un informe de la TS que certificaba “que la persona estaba en situación de exclusión social”. Una vez obtenido el documento se podía acceder al sistema sanitario igual que si se tuviera tarjeta sanitaria. Este documento ya no se usa en el SERMAS después del decreto de abril de 2012. Paradójicamente ahora las siglas DAS se usan para nombrar un servicio online de la Seguridad Social en el que, al introducir nuestros datos, comprobamos si tenemos o no “Derecho a la Asistencia Sanitaria” (DAS): <https://w6.seg-social.es/das/Inicio>

Tener un alta de “transeúnte” significa volver de nuevas cada vez. A partir de septiembre de 2012, personas sin papeles que también pueden llevar años viviendo en los barrios de Madrid también son “transeúntes”, “transeúntes sin permiso de residencia”. Personas que precisamente por su condición de sin papeles tienen la movilidad muy reducida: no sólo no pueden viajar a su país sino que un simple paseo por el barrio puede terminar en detención e ingreso en un CIE<sup>173</sup>.

Ese “pasaba por allí” co-constituye una construcción de los sin papeles como sujetos que “acaban de llegar” y/o que adolecen de capacidad para proveerse de documentación. En el invierno de 2014 fui al centro de salud de mi barrio con un amigo que no tenía tarjeta sanitaria por no tener papeles. En el mostrador, cuando pedimos ver a un médico la auxiliar nos dijo: *si lleva aquí ya varios años, ¿qué ha hecho que no se ha sacado los papeles? ¿por qué no se ha asegurado?*

Si en mayo de 2015 se dieron cambios institucionales que transformaron el despliegue de la exclusión, algunas lógicas, prácticas y discursos en los que se ha apoyado ese despliegue siguieron formando parte del tablero. A partir del verano de 2015 esta trabajadora está obligada a dar de alta a personas en la situación de mi amigo usando una figura informática que ya existía desde el verano de 2012 y que antes no usaba. Pero, a pesar de esta transformación, las preguntas que nos hizo en el invierno de 2014 no han perdido sus condiciones de posibilidad.

---

<sup>173</sup> Para conocer la realidad de las redadas racistas se pueden consultar los informes del colectivo Brigadas Vecinas de Observación de Derechos Humanos: [www.brigadasvecinales.org](http://www.brigadasvecinales.org)

#### **4. DE LA LÓGICA DEL RIESGO Y EL SEGURO INDIVIDUAL EN LA SANIDAD: TURISMO DE CRISIS, TURISMO DE PROSPERIDAD**

En la primavera de 2015 se conoció que a las cuatro torres de Madrid que están en el Paseo de la Castellana se unirá una quinta que albergará un hospital privado. El Ayuntamiento concedió la contrata a Promociones y Propiedades Inmobiliarias Espacio, filial de la constructora OHL. Según la entonces alcaldesa de la ciudad, Ana Botella, el proyecto pretendía “fomentar el turismo sanitario, gracias a infraestructuras que privilegien el posicionamiento de Madrid como destino de esta naturaleza”<sup>174</sup>.

Un mes más tarde, en la sección de Economía del periódico *El País* apareció publicado un artículo con declaraciones de varios portavoces de empresas de sanidad privada que operan en la Costa del Sol, donde acuden extranjeros de países europeos pero también de fuera de la UE para recibir tratamientos en unas instalaciones que les ofrecen “viajes a medida”:

“Hemos empezado a hablar con las autoridades sanitarias de los países desde los que llegan los clientes, las aseguradoras y los canales de promoción para destacar nuestra oferta médica. Haremos el esfuerzo sobre todo en los países del golfo Pérsico, Rusia y el resto de los países europeos durante 2015. Queremos dar relevancia a España como [país receptor de] turismo de salud, y desestacionalizar la demanda turística”, cuenta Marta Blanco, directora general de Turespaña”<sup>175</sup>.

El artículo se titulaba así: “Una potencia del turismo sanitario”. El enlace al mismo lo mandó a una lista de correo colectiva una compañera, Miriam

---

<sup>174</sup> Enrique Villalba, “La Castellana contará con una quinta torre, que será un hospital”, *www.madriidiario.es*, 29 de abril de 2015, <http://www.madriidiario.es/noticia/422091/distritos/la-castellana-contara-con-una-quinta-torre-que-sera-un-hospital.html> (último acceso 24 de septiembre de 2015).

<sup>175</sup> Susana Blázquez, “Una potencia del turismo sanitario”, *www.elpais.es*, 29 de mayo de 2015, [http://economia.elpais.com/economia/2015/05/29/actualidad/1432891773\\_659184.html](http://economia.elpais.com/economia/2015/05/29/actualidad/1432891773_659184.html) (último acceso 24 de septiembre de 2015).

Martín, que comentaba: “Todas sabéis cuánta violencia hay que ejercer para que estas palabras (turismo y sanitario) vayan juntas”.

Son incontables las ocasiones y los lugares en los que, desde la primavera de 2012, he escuchado utilizar esas dos palabras juntas: en entrevistas o encuentros con trabajadores de la Seguridad Social y de la Delegación del Gobierno, en reuniones con profesionales de centros sanitarios de Madrid, en charlas en hospitales, en asambleas de barrio, en clases en la facultad de Medicina de la Universidad Complutense<sup>176</sup>, en entrevistas con medios de comunicación, en conversaciones con compañeras, familiares y amigas. En la oficina del INSS donde fuimos con Saiful y su familia la trabajadora nos dijo: “es que esto lo han hecho para parar el turismo sanitario”. A la pregunta de si la persona que tenía delante, una madre enferma que venía a vivir con su hijo, se parecía en algo a lo que ella imaginaba era un turista sanitario, la trabajadora no respondió directamente. Dijo que la familia se tenía que haber “informado antes” de que existía una instrucción interna del INSS que cambiaba las cosas.

La afirmación de que las medidas propuestas se deben a un intento de “evitar el turismo sanitario” se ha convertido en enunciado de verdad que funciona casi independiente de la situación que se tiene delante. Pero no del todo independiente.

Por un lado, este enunciado conecta con un problema concreto: las dificultades que han tenido los estados europeos para hacer funcionar las regulaciones que permiten a los ciudadanos de la UE hacer uso de las

---

<sup>176</sup> Con mi compañera Miriam García, doctora pediatra, hemos acudido dos años consecutivos (2013 y 2014) como representantes del colectivo en el que participamos al Seminario de Humanidades Médicas, que imparte en el curso de primero de Medicina de la Universidad Complutense el catedrático Luis Montiel. En ambas ocasiones dedicamos parte de la sesión a discutir con las alumnas sobre la relación entre la exclusión y el llamado turismo sanitario.

prestaciones de los sistemas de Seguridad Social, entre las que se incluye la asistencia sanitaria. Esas regulaciones hablan de cobertura de las personas en los sistemas de protección en base a su condición de trabajadoras y/o cotizantes y ponen a trabajar a los estados para hacer cuentas entre ellos por las prestaciones recibidas por sus nacionales cuando han viajado o han residido en otro estado europeo. Estas cuentas, como veremos más abajo, no se hacen en tiempo y forma.

Las cuentas no hechas el RD-l 16/2012 las transforma en “abuso” y las llama “déficit” que amenaza “la sostenibilidad del sistema”. Desplaza los problemas en los mecanismos de balanceo entre estados de la UE a las “ineficiencias” de los sistemas sanitarios autonómicos. En concreto, a la falta de identificación de personas que hacen uso de los sistemas sanitarios regionales como si pertenecieran a ellos cuando en realidad son “turistas”, pues tienen una cobertura en su país, que debe pagar por esa atención. Y de ahí, el desplazamiento acaba en los cuerpos de las personas que no tienen “cobertura detrás”. Esto en un momento en el que la propia legislación despoja de “cobertura” a grupos de población que residen en España. Así, pasamos de la construcción del “alemán” que viene en verano a operarse en la sanidad pública de las Islas Baleares al africano sin papeles que “coge una patera porque en España tiene asistencia sanitaria”. Son palabras del ex consejero de Sanidad de Castilla la Mancha, José Ignacio Echániz, pronunciadas para justificar el decreto de exclusión sanitaria en abril de 2012<sup>177</sup>.

---

<sup>177</sup> *Eldigitalcastillalamancha.es*, “José Ignacio Echániz: Mucha gente ha cogido una patera porque en España tenía asistencia sanitaria”, 24 de abril de 2012, <http://www.eldigitalcastillalamancha.es/echaniz-la-lia-otra-vez-mucha-gente-ha-cogido-una-patera-porque-en-espana-tenia-asistencia-108146.htm> (último acceso 27 de septiembre de 2015).

En este capítulo exploro la materialidad de esas formas de balanceo entre países de la UE y sus problemas desde el punto de vista de su relación con la lógica del riesgo financiero en el sistema sanitario. El riesgo es el criterio con el que se diseñan y ponen a funcionar documentos identificativos y bases de datos que son capaces de cruzar información de diferentes fuentes para determinar “el derecho” de la persona a la asistencia sanitaria. Lo que se abre paso a través de ellos es el seguro individual, entre la complejidad de la regulación de sistemas de Seguridad Social de varios estados y la aparente simplicidad de la opción que ofrece el mercado: escoger un lugar, un hospital, un profesional, una forma de hacer el procedimiento médico, un hotel, y viajar allí y disfrutar del proceso. Si con lo primero todo son “ineficiencias” y “deudas”, con lo segundo se abre un “nicho de mercado” que traerá prosperidad. “Turismo sanitario” es atraer al que planea su operación y la paga en el acto; es controlar al que viene a operarse por lo público en el verano; y es también dejar fuera al que viene “no se sabe cómo”<sup>178</sup>. Es un campo más en el que maximizar la vida y, al tiempo, la explicación de situaciones en las que se deja morir.

Para intentar entender el turismo sanitario de crisis es necesario tener siempre presente su cognato, el turismo sanitario de prosperidad, y el vínculo de unión entre ambos: la medida del riesgo financiero para el sistema y la lógica del seguro individual como realidades que se van abriendo paso en las normativas, en los procesos informáticos y administrativos, en los discursos y en las prácticas cotidianas, en las subjetividades. Se abren paso sin desplazar del todo a un sistema de protección social que siempre está en “crisis” y que funciona como un

---

<sup>178</sup> Tomo prestadas estas palabras de un cargo medio del Instituto Nacional de la Seguridad Social, como se puede leer más abajo.

dispositivo de inclusión diferencial, contención, control y represión. El hecho de que se usen las mismas palabras para hablar de una cosa y la contraria es un indicador de una superposición de dos modelos, el de los sistemas de protección social y el de los sistemas de mercado, del seguro individual. A los grupos de población que no encajan en ninguno de los dos sistemas — los que no pueden cotizar, los que viajan sin muchos recursos para buscarse el sustento — se les deja fuera y, al tiempo, se les pone en el centro: es por ellos, por lo que ellos “cuestan” al sistema de protección, que hay que hacer cambios. Unos cambios que, al tiempo que vienen a solucionar “ineficiencias históricas” del sistema público con la introducción de prácticas de empresa, se presentan como una simple y obligada adaptación de la legislación española a la europea<sup>179</sup>.

Veamos en las siguientes líneas cómo se experimenta este proceso de construcción y funcionamiento del “turismo sanitario” conociendo la experiencia de Sonia, cargo medio de una oficina de Delegación de Gobierno de Madrid que se ocupa de los permisos de extranjería de familiares de ciudadanos comunitarios. En esta oficina, a partir de septiembre de 2012, los trabajadores comenzaron a pedir a algunos grupos de personas un nuevo requisito para poder obtener los permisos de residencia, un seguro médico, en virtud de lo dispuesto en el RD-l 16/2012. Es la oficina donde debió acudir la familia de Saiful para solicitar el permiso de residencia de la madre, aquel que después, en el INSS, no era suficiente para poder tener tarjeta sanitaria.

---

<sup>179</sup> Tanto los portavoces del gobierno como del partido Ciudadanos que también defiende el decreto de exclusión sanitaria han declarado siempre que lo que hace esta norma es armonizar la legislación española con la europea.



#### 4.1. La entrevista con Sonia, de Delegación del Gobierno de Madrid.

##### Del “decreto de trasposición” a la “ruptura drástica”

Entrevisté a Sonia dos veces. Una en octubre de 2012, como parte de mi ronda de entrevistas para establecer contacto con la realidad de las oficinas de Delegación del Gobierno que conceden y deniegan los permisos de residencia a los extranjeros. Y una segunda en julio de 2013, ya como parte de la investigación sobre exclusión sanitaria.

La primera vez, cuando estábamos comentando en qué había cambiado la nueva legislación en sanidad los requisitos que tenían que cumplir algunos grupos de extranjeros para solicitar el permiso de residencia, Sonia llamaba al RD-I 16/2012 *decreto de trasposición*. Insistía en que simplemente se había incorporado legislación europea a la española, de modo que a partir de abril de 2012 a los requisitos anteriores (pasaporte, documentación que atestiguara el vínculo familiar, la que atestiguara que se habían registrado en la Oficina de Extranjeros y la documentación que probara que el ciudadano europeo está a cargo de ese familiar) se unía la obligación de contratar un seguro privado de enfermedad si la persona que solicita la tarjeta de residencia no cotiza en España<sup>180</sup>. En esta conversación, con muy pocas preguntas y muy poco estructurada, Sonia no le dedicó más de diez minutos de una hora y media a este tema.

---

<sup>180</sup> La disposición final quinta del RD-I 16/2012 copia textualmente el artículo 7 de la Directiva 2004/38 *relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados Miembros* (de la Unión Europea). Esta incorporación modifica a su vez una legislación sobre extranjería, el RD 240/2007 de 16 de febrero *sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el acuerdo sobre Espacio Económico Europeo*. Concretamente, se puede obtener el permiso de residencia si (cito):

- a) se es un trabajador por cuenta ajena o propia en el Estado miembro de acogida
- b) dispone, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado miembro de acogida durante su periodo de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en el Estado miembro de acogida o
- c) Está matriculado en un centro público o privado, reconocido o financiado por la administración educativa competente con arreglo a la legislación aplicable, con la finalidad principal de cursar estudios, inclusive de formación profesional; y cuenta con un seguro de enfermedad que cubre todos los riesgos en España y garantiza a la autoridad nacional competente, mediante una declaración o por cualquier otro medio equivalente de su elección, que posee recursos suficientes para sí y los miembros de su familia para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado español durante su período de residencia, o
- d) Es un miembro de la familia que acompaña a un ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, o va a reunirse con él, y que cumple las condiciones contempladas en las letras a), b) o c).

En julio de 2013 hablamos casi una hora sobre el asunto. Yo llamé a Sonia para retomar el contacto y ahondar un poco más en este tema. Es decir, yo puse la materia sobre la mesa, pero la interpretación de la misma es suya.

Pensaba Sonia que, si bien *todo* se había hecho *para evitar el turismo sanitario* — *esos rentistas alemanes que se traían a sus padres aquí, les operaban y luego volvían (a su país) — ahora lo que se ha hecho es romper, es una ruptura drástica. ¿A qué se referiría?*

En la oficina de Sonia se ocupan de los permisos de residencia de padres y madres de personas con nacionalidad española o nacionales de algún Estado Miembro de la UE. Sonia aseguraba que en su oficina en particular no estaban teniendo problemas con esa *ruptura drástica* pero sí se había enterado, por llamadas y contactos personales, que los compañeros de reagrupación familiar sí los tenían. ¿Por qué? Sonia señalaba que en su oficina no estaban exigiendo a todo el mundo ese seguro médico: se pedía a “rentistas” y estudiantes pero no a padres y madres. En reagrupación sí lo hacían, y eso daba problemas, aseguraba Sonia, porque era *algo nuevo*. También estaban con problemas en la Seguridad Social (el INSS). Según le habían contado a Sonia, allí estaban *teniendo muchas quejas porque ya no existen los beneficiarios ascendientes, no pueden tener tarjeta sanitaria y lo que pasa es que los seguros privados no aseguran a gente mayor, porque ellos (los seguros) van a por el dinero ¿sabes?*

Sonia estaba segura de que los problemas estaban en otro lado: *nosotros solicitamos los requisitos (los enumera sin incluir el seguro de enfermedad) y luego ya en la Seguridad Social (el INSS) te dirán lo que te tengan que decir (porque) cada uno tiene su competencia y si tú te traes a tu padre...* Sonia no acabó una frase que sí veremos terminar a otros tres trabajadores del INSS a lo largo de este capítulo: *deberías haberte informado y ya sabes lo que te toca.*

Pero no, no sabes. De hecho, Sonia tampoco sabía. Si ella pensaba que los problemas estaban en reagrupación familiar, en esa oficina de Delegación del Gobierno veían los cambios como una evolución lógica. En reagrupación me dijeron que el problema estaba en la oficina de Sonia. En reagrupación siempre habían pedido requisitos a los *extranjeros normales*, entre ellos el seguro de enfermedad, pero estos extranjeros casi nunca tenían que contratar ese seguro porque *siempre están trabajando* (y por tanto cotizan). Lo que ocurría ahora, me dijeron, es que se pedía a los comunitarios lo que siempre se ha pedido a *los extranjeros normales*. *Los comunitarios antes tenían barra libre. Si trabajas no hay problema. Si no, tienes que demostrar que tienes medios económicos y sanidad*<sup>181</sup>.

---

<sup>181</sup> Había tenido una entrevista con la sección de permisos por reagrupación en octubre de 2012. No habíamos tratado este tema. Tras la segunda entrevista con Sonia solicité una segunda entrevista pero insistieron en que no merecía la pena que me desplazara de nuevo allí porque no había problema en reagrupados, allí “estaba todo muy claro”. Lo que aquí narro fue una conversación telefónica que tuve con el responsable de esta oficina el 23 de julio de 2013.

Del trabajo interpretativo en los entornos burocráticos me ocupo en el Capítulo 6, así que dejaré aquí en suspenso el análisis de cómo los documentos y las rutinas burocrático-administrativas dan forma a una separación entre el proceso completo que experimenta una persona que tiene que proporcionar esos documentos y el trabajador que se ocupa de hacer un trámite concreto en ese proceso. Mencionar solamente aquí que esa separación no es tan clara, sino que es más bien una cadena de información parcial y de aflicción, de incomodidad. Sonia sabía cosas del INSS y de reagrupación, se lo habían contado sus pares, y tenía su propia interpretación del proceso, si bien ese conocimiento y esa interpretación no implicaban una crítica a una forma de hacer: “cada uno hace su parte”.

Para el propósito de este capítulo, sin embargo, quedémonos con esa interpretación de Sonia que, tras unos meses de aplicación de la nueva legislación, vislumbra una transformación: de una regulación que pretendía acabar con el turismo sanitario y alinearse con la legislación europea a un cambio drástico que deja, por ejemplo, a ancianos enfermos sin sanidad pública al tiempo que el sector privado no les abre las puertas. Una superposición de exclusiones que tienen que ver con el funcionamiento simultáneo de dos regulaciones que se cruzan: los reglamentos europeos sobre la relación entre sistemas de seguridad social de Estados Miembros — concretamente en lo que respecta a la asistencia sanitaria — y el funcionamiento del mercado en el ámbito de la sanidad europea, concretada en la norma que se refiere a asistencia sanitaria que los europeos contratan y pagan directamente en otros países diferentes a los de su residencia, llamada “directiva de sanidad transfronteriza”.

#### **4.2. Las prestaciones sociales y la sanidad transfronteriza**

Existen dos reglamentos (Reglamento CE 883/2004 y Reglamento CE 987/2009) que son las legislaciones europeas que se ocupan del encaje de los sistemas de la Seguridad Social de los estados de la UE. Establecen qué Estado “paga” y cómo se “pagan” prestaciones por desempleo, pensiones o asistencia sanitaria de personas que viven en un lugar distinto de donde tienen su nacionalidad. También regulan las situaciones en las que una persona decide tratarse de una enfermedad en otro estado diferente de donde reside porque en este último no es posible hacerlo. Es lo que los reglamentos llaman “tratamiento programado”, que requiere que el estado de residencia conceda una autorización a la persona que debe ser aceptada por el estado al que viaja para recibir ese tratamiento. Según los reglamentos, la persona no tiene que pagar por el tratamiento recibido. Los estados se ocupan de hacer cuentas.

Sin embargo, para las personas con situación laboral y administrativa inestable, vulnerable y precaria, estos reglamentos pueden funcionar como una frontera. No sólo es necesario tener el capital cultural para poder navegar un sistema burocrático complejo; para poder hacerlo uno ha de formar parte de un sistema sanitario público o tener un seguro privado en su país de origen. Incluso así, se dan situaciones en que se niega la atención en los mostradores de los centros sanitarios para prevenir hacer un “gasto” que luego no se pueda cobrar, porque las cuentas entre países, como veremos, no se hacen en tiempo y forma. Si no se niega, es muy probable que la persona reciba una factura a su nombre por esa atención recibida. Estas situaciones se han hecho norma tras la entrada en vigor del RD-l 16/2012.

El texto de este decreto reza que “traspone” normas europeas con el objeto

de acabar con un grave perjuicio económico para España, el que se deriva de no cobrar la atención sanitaria prestada a los ciudadanos comunitarios<sup>182</sup>. Los números de estas “deudas” fueron uno de los argumentos más repetidos por los portavoces del gobierno para justificar el decreto.

Quitar la tarjeta sanitaria a grupos de personas les identifica rápidamente como usuarios “que pasan por allí” y a los que hay que facturar porque “no hay nadie detrás que respalde”<sup>183</sup>. O incluso denegar un tratamiento que es cuestión de vida o muerte.

Mientras escribía el primer borrador de este capítulo, en febrero de 2015, algunas de mis compañeras habían contactado con una familia rumana en un hospital infantil de Madrid. Había un bebé que tenía un tumor grave y algunos profesionales del hospital estaban pensando parar el tratamiento porque la familia no contaba con los papeles necesarios para que le pudieran pasar la factura al sistema sanitario rumano. En Rumanía no se podían conseguir esos papeles. La pregunta, todo el rato, era: “¿quién paga?”. Un alto cargo del SERMAS incluso llamó a un familiar del bebé para recriminarle que hubiera viajado así a España para aprovecharse del sistema sanitario público. Yo misma, intentando buscar una solución, me sorprendí usando términos de la administración, hasta que una compañera médica pediatra, Elena, vino en mi auxilio: “si es que en realidad no pagan”.

Cuando se usan términos como Estados que “cobran” y “pagan” o que “reembolsan” por asistencia sanitaria prestada a sus nacionales en otro Estado, no existe por lo general un cobro o un pago, un reembolso efectivo. Lo que hacen los estados es ir recopilando facturas y luego hacen cuentas, balancean. Si uno le debe algo al otro tras esas cuentas es muy probable que no se pague o se pague con mucho retraso (ver abajo el informe del Tribunal de Cuentas). Ese “riesgo” de que no funcionen las regulaciones entre prestaciones sociales de Estados Miembros de la Unión Europea se había desplazado al cuerpo de un bebé enfermo, al que se hacía responsable del coste de su tratamiento porque no estaba claro que hubiera un seguro detrás que lo fuera a hacer. Finalmente, con la implicación de profesionales de propio hospital y de acompañantes y familia, se continuó el tratamiento (Febrero de 2015).

---

<sup>182</sup> La trasposición a la que se refiere es la de la directiva europea 2004/38. Ver nota 180.

<sup>183</sup> Esta expresión la tomo prestada de un auxiliar administrativo de un gran hospital, que la utilizó en el curso de una conversación en la que un grupo de personas intentábamos solicitar una cita con un especialista y él nos aseguraba que sin tarjeta sanitaria no podía darla, porque “no hay cobertura detrás” (en referencia a quién pagaba el “gasto” asociado a esa consulta). Ver en el Capítulo 6 la historia de Nena y Ale.

Con respecto a los reglamentos europeos, cuando hablamos de “cobros” y “pagos” usamos las comillas porque en rigor son, en su mayoría, balanceos. Con la Directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza (2011/24/UE) sí se puede hablar de pago y cobro sin comillas porque en este caso es la persona la que pone dinero contante y sonante sobre el mostrador. La intención de esta directiva es regular situaciones en las que una persona se mueve a otro estado para recibir asistencia sanitaria ejerciendo su “derecho de libre elección” y pagando por ello in situ; si los reglamentos sólo se ocupaban de sistemas de protección públicos, la transfronteriza incluye también al sector privado de la sanidad:

“(…) los sistemas sanitarios de la Unión Europea, constituyendo un componente esencial del alto nivel de protección social, forman parte también del marco más amplio de servicios de interés general y, por tanto, la asistencia sanitaria no está excluida del ámbito del principio fundamental de la libre prestación de servicios” (...) La directiva quiere balancear “la protección a la salud” con la “mejora del funcionamiento del mercado interior y la libre circulación” para obtener “beneficios económicos y sociales sostenibles” (...) Se plantea, con esta directiva, “un nuevo escenario de atención sanitaria en la Unión Europea”; una “liberalización del sector” que “conlleva una oportunidad para la sanidad privada y un reto para el sector sanitario público”; los dos deben “respetar los valores esenciales de universalidad, acceso a una atención sanitaria de elevada calidad, equidad y solidaridad para los pacientes y ciudadanos con independencia de su Estado miembro de afiliación”<sup>184</sup>.

El “riesgo” de recibir asistencia sin “cumplir los requisitos” para que luego se cobren las facturas se elimina desde el momento en el que la persona, el consumidor, paga por la asistencia que recibe y después gestiona el reembolso

---

<sup>184</sup> RD 81/2014 de 7 de febrero, *por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación*, BOE Num 34, 8 de febrero de 2014.

de esa atención con el estado que le “asegura”. O más que eliminarse, el “riesgo” se desplaza: de los sistemas sanitarios, que ya no se hacen cargo, al individuo, que tendrá que iniciar el proceso burocrático para que el sistema le devuelva el dinero. El reembolso de ese pago por el tratamiento recibido tanto en centros público como privados se hace caso por caso<sup>185</sup>.

Pero hay un lugar muy concreto donde directiva de sanidad transfronteriza y reglamentos europeos de seguridad social se cruzan. Estos últimos siguen aplicando en las situaciones más costosas: cuando se necesite más de una noche de hospitalización o los tratamiento exijan tecnologías o equipos muy especializados o de elevado coste se requiere autorización previa del estado que “asegura” para poder recibir el tratamiento. Son situaciones que implican afrontar una enfermedad grave o un tratamiento continuado en el tiempo fuera del lugar de residencia, lejos del hogar, de las redes de apoyo. Situaciones que es más probable que se den por obligación y supervivencia que por libre elección. Y situaciones, finalmente, en las que, al entrar en juego los reglamentos, entra en juego la posibilidad de sufrir denegaciones de atención si se interpreta que hay riesgo de no “cobrar”. Precisamente la situación del bebé en el hospital infantil de Madrid en febrero de 2015.

Así, tenemos dos formas de hacer superpuestas que funcionan juntas. Por un lado están las regulaciones del mundo de la Seguridad Social acerca de unas prestaciones cuyo estatus se lleva discutiendo décadas: un sistema de protección o una pata del estado providencia que adormece al individuo; un sistema que

---

<sup>185</sup> Artículo 9.4: “Los Estados miembros se asegurarán de que las decisiones individuales relativas al disfrute de asistencia sanitaria transfronteriza y al reembolso de los gastos contraídos en otro Estado miembro se motiven oportunamente y estén sujetas a control en función de las circunstancias concretas de cada caso y puedan ser impugnadas en procedimientos judiciales, lo que incluye la adopción de medidas cautelares”.

socializa el salario o uno que gestiona un gasto que se debe reducir constantemente; un sistema de derechos basados en el trabajo o uno que se representa como ineficiente gestor de subsidios. Sobre el terreno, estas regulaciones funcionan como un embudo para grupos de personas enfermas y con pocos ingresos e inestable situación administrativa. A pesar de que la ley sólo debe aplicar, en rigor, a los ciudadanos comunitarios que pasan por España durante un corto periodo de tiempo, se usa para excluir a todas las personas sin “seguro”<sup>186</sup>.

Por otro lado, tenemos la apertura al mercado, la libre circulación y la libre elección, la sanidad como algo que se consume individualmente, que viaja con uno, que se disfruta en virtud de los recursos económicos de los que se dispone. La estratificación propia de los sistemas de seguridad social juega aquí con otra de singular tipo. Están los viajeros *top* que pueden programar esas vacaciones con operación incluida a la Costa del Sol: los turistas sanitarios que traen dinero y prosperidad. Y están las personas que, viajando para intentar sobrevivir, necesitan atención médica: los turistas sanitarios que traen problemas burocráticos y financieros al sistema sanitario. El mercado se ocupa de los primeros; el sistema público busca las formas de que los segundos no supongan “una carga”. Los estados se encargan de regular para crear el marco jurídico que permita el despliegue tanto de la sanidad transfronteriza como de los dispositivos de contención en las prestaciones públicas.

#### 4.2.1 Lógicas del seguro individual en las prestaciones sociales

Una de las ligazones entre estos dos sistemas es el dispositivo del seguro: “¿esto quién lo paga?”. Para responder a esta pregunta es necesario identificar a la

---

<sup>186</sup> Así lo dictan las sentencias contra el INSS en Castilla y León y Catalunya. Ver nota 209.



persona portadora o no del seguro. Por eso los análisis que ponen en el centro el “riesgo” financiero de los sistemas sanitarios públicos dan tanta importancia a las formas de identificación: qué papeles y formularios, qué tarjetas, qué tipos de alta en el sistema informático se dan dependiendo del tipo de acceso al sistema que el seguro contemple.

En la legislación europea el mandato es informatizar estas tareas de identificación<sup>187</sup>. Este mandato está ligado al llamado principio de “transparencia”, requisito indispensable, en este esquema, para que la persona “escoja” dónde quiere tratarse<sup>188</sup>. Al tiempo, esta información permite que se conecten automáticamente los datos de identificación con los de comprobación del seguro y facturación. Quitar la tarjeta sanitaria a grupos de personas es dejarles sin casilla en la base de datos, en una carrera por acoplar la vida a la casilla buscando todas las vías posibles para ello.

---

<sup>187</sup> El Reglamento 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004 *sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social* crea una Comisión Administrativa compuesta por un representante del Gobierno de cada uno de los Estados miembros que debe “fomentar el uso de nuevas tecnologías para facilitar la libre circulación de personas (...) y la modernización de los procedimientos necesarios para el intercambio de información y la adaptación a los intercambios electrónicos del flujo de informaciones entre las instituciones”. Además, dentro de esa Comisión Administrativa se crea una Comisión Técnica cuya misión es “proponer a la Comisión Administrativa normas comunes de arquitectura para la gestión de los servicios de tratamiento de la información” El Reglamento 987/2009, de 16 de septiembre de 2009, *por el que se adoptan las normas de aplicación del R 883/2004*, insiste en la importancia de desarrollar medios electrónicos en un formato que permita su actualización inmediata para “lograr el mayor funcionamiento posible y la gestión eficiente de los complejos procedimientos de aplicación de las normas de coordinación (de sistemas de seguridad social entre Estados miembros)”.

<sup>188</sup> Para que la persona escoja se crea una Red Europea de Referencia con información de centros, servicios y profesionales; para que esté informada sobre el pago se deben hacer públicos los precios de los tratamientos, también en centros públicos. La propia directiva de sanidad transfronteriza establece la obligación y los plazos para presentar informes sobre su aplicación. Artículo 20.1: “La Comisión elaborará antes del 25 de octubre de 2015, y posteriormente cada tres años, un informe sobre la aplicación de la presente Directiva y lo presentará al Parlamento Europeo y al Consejo. Artículo 20.2: “El informe incluirá en particular información sobre los flujos de pacientes, la magnitud financiera de la movilidad de los pacientes, la aplicación de los artículos 7, apartado 9, y 8 y el funcionamiento de las redes europeas de referencia y de los puntos nacionales de contacto. Para ello, la Comisión evaluará los sistemas y prácticas que se apliquen en los Estados miembros, a la luz de los requisitos establecidos en la presente Directiva y en las demás normas de la Unión en materia de movilidad de los pacientes”.

El decreto de exclusión sanitaria establece un vínculo entre identificación, seguro, facturación y riesgo financiero. Hay un texto que funcionó como dispositivo de conocimiento para afianzar ese vínculo, el informe del Tribunal de Cuentas sobre “gestión de prestaciones sanitarias”. Aunque analiza el año 2009, se dio a conocer en la primavera de 2012, cuando se aprobó el decreto de exclusión sanitaria, que se apoya en el informe en su exposición de motivos. El informe insiste en que una de las claves para reducir el “riesgo” de que haya grupos de personas que reciban tratamiento sanitario sin tener “derecho” a ello o sin que luego se pueda “cobrar” al seguro — del estado de origen o al seguro privado — es la correcta identificación. En 2012 comenzó en el Instituto Nacional de la Seguridad Social el trabajo para crear una base de datos que permitiera recoger toda la información necesaria para la identificación de “asegurados”. En las próximas páginas me ocupo de estos dos procesos.

#### **4.3. El informe del Tribunal de Cuentas. El riesgo financiero en el centro**

“Lo que yo creo – con Deleuze, Félix Guatarri o Michel Foucault – es que no se explica un texto a través de lo que representa o significa, sino del modo en que funciona” Jon Beasley-Murray, en una entrevista con Amador Fernández-Savater en *eldiario.es*, 20 de febrero de 2015 <sup>189</sup>.

El informe del Tribunal de Cuentas funcionó como un artefacto para colocar el “riesgo” en el centro de un proceso de reforma del sistema sanitario. El texto tuvo al menos tres recorridos: el normativo, el retórico-mediático y su funcionamiento como proceso de auditoría en centros sanitarios y de gestión de sistemas sanitarios de seis comunidades autónomas y en oficinas provinciales

---

<sup>189</sup> Entrevista de Jon Beasley-Murray con Amador Fernández-Savater: “La clave del cambio social no es la ideología, sino los cuerpos, los afectos y los hábitos”, *Interferencias*, *www.eldiario.es*, 20 de febrero de 2015, [http://www.eldiario.es/interferencias/Podemos-hegemonia-afectos\\_6\\_358774144.html](http://www.eldiario.es/interferencias/Podemos-hegemonia-afectos_6_358774144.html) (último acceso 26 de septiembre de 2015).

del INSS de cinco grandes ciudades. Trato aquí de explorar cómo el informe del Tribunal de Cuentas ha funcionado en la co-constitución material y discursiva de un diagnóstico de error — el informe habla continuamente de “deficiencias” — y del presente y el futuro del sistema sanitario público como en “crisis”. Los diversos recorridos están relacionados estrechamente: el legal y el retórico mediático fueron capaces de poner en el centro el riesgo de que no se estuviera cobrando la atención sanitaria a personas comunitarias que tenían seguro en su país. Algunas de las cifras que lanzó este texto se repitieron en los medios de comunicación: pérdida de 20 millones de euros en 2007 y 2008 por no facturar correctamente a Reino Unido por la asistencia prestada a sus nacionales en España; en 2009, el número de facturas emitidas por Alemania a España fue un 716% superior a las emitidas por España a Alemania; 451.481.202,12€ por prestar asistencia sanitaria a los extranjeros del Espacio Económico Europeo o países con convenio bilateral que el Tribunal sospecha que, aunque tengan la tarjeta especial para personas sin recursos económicos suficientes, sí podrían contar con esos recursos.

#### 4.3.1. Recorrido jurídico-mediático

El discurso mediático fue capaz de desplazar el riesgo de no cobrar a los estados europeos cuyos residentes recibieran asistencia sanitaria en España al “riesgo” que se argumentó suponía para el sistema sanitario garantizar el acceso a los grupos de personas sin posibilidad de tener un seguro, sobre todo a las personas que viven en España pero no han podido conseguir los papeles. Es importante señalar que, a pesar de que tanto el legislador como los representantes del gobierno usaron el informe del Tribunal de Cuentas para

justificar la exclusión sanitaria de las personas sin papeles, éste no menciona en ningún momento a los extranjeros sin permiso de residencia.

El Presidente del Tribunal de Cuentas, Álvarez de Miranda García, en su intervención ante la Comisión Mixta de las Cortes Generales del 29 de octubre de 2012, señaló:

“(…) quería dejar claro que, aunque se ha hecho referencia al Real Decreto 16/2012 y a la vinculación de este informe con el mismo, el informe aprobado por el pleno del tribunal no menciona la asistencia sanitaria prestada a las personas residentes en España en situación irregular, que es buena parte del contenido de ese real decreto. Por tanto, en modo alguno puede vincularse el contenido del mismo, *stricto sensu*, con el informe del tribunal, aunque es cierto que hay determinadas cuestiones contenidas en ese real decreto que hacen referencia a lo que sí es materia del Tribunal de Cuentas al verificar estas prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios”<sup>190</sup>.

Veamos cómo cita el RD-l 16/2012 el informe del Tribunal de Cuentas:

“(…) a la vista de los informes emitidos por el Tribunal de Cuentas, resulta imprescindible regular, sin más demora, la condición de asegurado con el fin de evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (...) El Tribunal de Cuentas ha puesto de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud está asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tienen ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados, lo cual está erosionando enormemente su capacidad financiera e impidiendo que sus gestores puedan seguir realizando mejoras en los servicios” (RD-l 16/2012, pp. 2-3)

---

<sup>190</sup> Diario de Sesiones de las Cortes Generales, Comisiones Mixtas, nº37 pp. 36, [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L10/CORT/DS/CM/DSCG-10-CM-37.PDF#page=30](http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CORT/DS/CM/DSCG-10-CM-37.PDF#page=30) (último acceso 24 de febrero de 2015)

Una búsqueda en Google de los términos “informe Tribunal de Cuentas” + “asistencia sanitaria” da resultados en los que se pueden leer titulares de medios con las frases “abuso deliberado”, “turismo sanitario, un problema de gestión” o “pérdidas millonarias”<sup>191</sup>. Se diseminó un discurso retórico-mediático que agregaba en el término “turismo sanitario” a diferentes grupos de personas. Así reza una nota de prensa del ministerio de Sanidad con fecha 3 de agosto de 2014:

“La norma aprobada (hoy) establece mecanismos para evitar el denominado “turismo sanitario”, y el uso fraudulento por parte de ciudadanos extranjeros de los servicios de salud. El ahorro estimado por la corrección de las situaciones que han dado lugar a este fenómeno está en torno a los 1.000 millones de euros al año (...)

Siguiendo las recomendaciones del Tribunal de Cuentas, se impedirá que el SNS siga sufragando la asistencia sanitaria de los europeos que ya la tienen cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en los países de origen, bien por sus seguros privados. Esta situación anterior erosionaba la capacidad financiera del sistema. La norma, de este modo, establece una reciprocidad con los requisitos que se les exigen a los españoles cuando se trasladan a otro país de la UE para recibir atención sanitaria.

En cuanto a los extranjeros que residan en situación irregular, se les seguirá prestando asistencia de urgencia, por enfermedad o accidente, atención en el embarazo, parto y postparto y asistencia sanitaria a menores de 18 años. Se trata de una cobertura más amplia que la de la mayoría de los países europeos, y de la que reciben los españoles cuando viajan a terceros países”<sup>192</sup>.

---

<sup>191</sup> Última búsqueda 30 de octubre de 2015.

<sup>192</sup> NdP Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad saca adelante la norma que garantiza la universalidad de la sanidad para todos los españoles”, 3 de agosto de 2012,

El informe del Tribunal de Cuentas funcionó para que, al hablar de sanidad en algunos lugares — el Parlamento, los medios de comunicación, pero también los centros de trabajo de la Seguridad Social y de los Servicios de Salud donde se hizo la auditoría — se hablara de extranjeros, de facturación, de turismo sanitario, de deficiencias, de aseguramiento, de permiso de residencia, de cotización, de aseguramiento. Si se lee la discusión en la comisión mixta del Congreso sobre este informe, más allá de las diferencias que expresan los portavoces del Partido Popular y el Partido Socialista, los dos hablan de la existencia de deficiencias y déficit que llaman a reformas<sup>193</sup>.

El discurso de este informe no es nuevo. Se inserta en al menos otros dos: el de la propia “crisis” general que se comienza a declarar en 2008; y el de la “necesidad de reformas” en el Sistema Nacional de Salud, para “mejorar su eficacia”, que data de la creación del mismo con la Ley General de Sanidad de 1986.

Además de estos recorridos retórico mediático y normativo, la elaboración del informe desplegó un proceso que tomó forma de auditoría en varios organismos de la Seguridad Social y los Sistemas de Salud de seis comunidades autónomas y en los servicios centrales del INSS. Funcionó como un actor (*actant*) que hace prognosis (Marilyn Strathern 2000 y Richard Harper en Strathern 2000); esto es, recogió y analizó los datos y estos, una vez lanzados, animaron actuaciones centradas en asignar probabilidades de “riesgo” financiero para el sistema a grupos de población. El informe también propuso que la forma de gestionar ese riesgo era la creación de una base de datos de aseguramiento.

---

<http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2526> (último acceso 26 de septiembre de 2015).

<sup>193</sup> Ver nota 190.

#### 4.3.2. Auditoría y prognosis

El *Informe de Fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social* es el producto de una investigación que el Tribunal hizo “a iniciativa propia” para auditar el año 2009<sup>194</sup>. Esa investigación se llevó a cabo en los servicios centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y del Instituto Social de la Marina (ISM)<sup>195</sup>; en seis direcciones provinciales del INSS; en la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social y en la Tesorería General de la Seguridad Social; en seis consejerías de Sanidad y en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)<sup>196</sup>, así como en algunos centros sanitarios de cinco comunidades autónomas<sup>197</sup>.

---

<sup>194</sup> Una de las funciones del Tribunal de Cuentas es la fiscalización de diversos asuntos que tengan que ver con “la actividad económico-financiera del sector público”. La iniciativa de llevar a cabo fiscalizaciones concretas puede surgir del propio Tribunal o a propuesta de las Cortes Generales y, en su ámbito, de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas. Por ejemplo, para 2015, a propuesta del propio Tribunal, habrá una fiscalización de “la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica” (<http://www.tcu.es/tribunal-de-cuentas/es/fiscalizacion/>). La independencia del propio Tribunal de Cuentas ha sido puesta en tela de juicio: el Tribunal Supremo, en una sentencia del 3 de diciembre de 2013 en la que desestimaba dos nombramientos de cargos en el Tribunal de Cuentas, aseguraba que hacían falta más funcionarios de carrera y menos puestos nombrados por el Partido Popular y el Partido Socialista. Íñigo de Barrón, “El Supremo denuncia la politización del Tribunal de Cuentas”, *El País.com*, 11 de febrero de 2013, [http://politica.elpais.com/politica/2013/02/09/actualidad/1360438194\\_544177.html](http://politica.elpais.com/politica/2013/02/09/actualidad/1360438194_544177.html), (último acceso 26 de septiembre de 2015).

<sup>195</sup> Como señala el propio Tribunal, desde el 1 de mayo de 2012, el ISM ya no se ocupa de la asistencia sanitaria y queda solamente el INSS. Reglamentos (CE) número 883/2004 y (CE) 987/2009.

<sup>196</sup> El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) viene a sustituir al antiguo Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), cuando se da por terminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas (Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto). Según <http://ingesa.msssi.gob.es>, “le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla”.

<sup>197</sup> En concreto, según el informe, el trabajo, además de en los órganos centrales, se realizó en las direcciones provinciales del INSS en Madrid, Málaga, Murcia, Palma de Mallorca, las Palmas y en La Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, la Consejería de Salud y Consumo del Govern de les Illes Balears, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, así como “en centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de los Servicios de Salud” de las seis comunidades autónomas citadas.

El informe tiene 226 páginas y es el primero que esta institución ha presentado relacionado con la asistencia sanitaria; es la primera vez que el Tribunal ha entrevistado a trabajadores de los organismos citados sobre las facturas de asistencia sanitaria; la primera vez que, por ese motivo, ha revisado “bases de datos, estados, registros, informes y expedientes”.

El proceso comenzó en 2010, cuando se acuerda “fiscalizar” el año anterior (2009); después de redactado se abre un periodo de alegaciones de los organismos auditados y se acaba aprobando en el Pleno del Tribunal en marzo de 2012, un mes antes de la aprobación del RDL 16/2012, en abril<sup>198</sup>. Durante 2010-2011, los auditores analizaron con detalle cómo se “cobran” y se “pagan” facturas por asistencia sanitaria, centrándose en especial en el INSS, el organismo que, con los datos que le proporcionan los centros sanitarios, es el encargado de enviar las facturas al “organismo de enlace extranjero” de cada estado, gestionando también los rechazos de facturas por parte de éstos. Hay dos grupos de personas por las que el INSS reclama “pagos” de parte de otros estados: extranjeros del Espacio Económico Europeo y extranjeros de países con convenio bilateral de Seguridad Social y/o asistencia sanitaria con España<sup>199</sup>. Y hay un “cobro” que otros estados le reclaman al INSS, de la asistencia sanitaria recibida por españoles en el extranjero. Al cierre de cada año se hace un balance con cada país — de las facturas recibidas y las enviadas — y se “paga” o se

---

<sup>198</sup> Tras la aprobación en el Pleno, el informe se presenta en la Comisión Mixta de las Cortes Generales para las relaciones con el Tribunal en octubre de 2012. La Comisión aprueba una resolución basada en este informe en diciembre de 2012, la cual se publica en el BOE en marzo de 2013. Ver: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-3242](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-3242)

<sup>199</sup> El Espacio Económico Europeo está formado por los países de la Unión Europea más Islandia, Liechtenstein y Noruega. Los países con los que España tiene firmados convenios bilaterales son: Andorra, Brasil, Chile, Marruecos, Perú, Túnez y, hasta el 1 de enero de 2011, Ecuador. Por razones de espacio y ritmo del texto, a partir de ahora, cuando me refiera a estos dos grupos de extranjeros, a menos que lo haga por separado, los denominaré como “extranjeros de los que se ocupa el informe”.



“cobra” en consecuencia. Una lectura del informe sirve para entender hasta qué punto la auditoría pudo ir al detalle: el informe señala errores de grabación de datos para facturas concretas por parte de organismos concretos en lugares concretos, o la aprobación, por parte del INSS, de una factura de exactamente 31.174,5 euros por el tratamiento a una persona española en un país de la UE que, dice el Tribunal, el INSS debería haber comprobado por sobrepasar el límite de 2.000€ para aprobación automática.

El lenguaje utilizado en el informe es la combinación de los usados en la Seguridad Social y en la auditoría. El Tribunal pretende analizar “la gestión financiera de las prestaciones sanitarias (...) desde la perspectiva de los principios de legalidad, eficacia, eficiencia y economía”. Se utilizan términos de la administración de “prestaciones” como “asegurados” y “beneficiarios”, personas que ostentan “la condición legal de personas protegidas por la Seguridad Social española”, “formularios de derecho”, “requisitos para el reconocimiento de la condición de...”, “reconocimiento” y “control” del “derecho a la prestación sanitaria”<sup>200</sup>. El lenguaje de la auditoría también está muy presente: “fiscalización”, “gestión”, “acreedores”, “deudores”, “(organismo, institución) competente”, “eficiencia, eficacia, economía”, “principios de legalidad y buena gestión financiera”, “incentivar la gestión eficiente” y “riesgo”.

Entre sus atribuciones cuando hace fiscalizaciones, el Tribunal tiene la de hacer recomendaciones. Esto es lo propio de la auditoría. El antropólogo Richard Harper, en su etnografía sobre una misión del Fondo Monetario Internacional (FMI) a un estado que llama Arcadia muestra cómo tras el trabajo de

---

<sup>200</sup> Ver, por ejemplo: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/LaSeguridadSocial/Quienessomos/InstitutoNacionalde29413/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/Quienessomos/InstitutoNacionalde29413/index.htm).

recopilación, sanción y trabajo de los datos, el resultado es que la misión muestra a los representantes del Banco Central de Arcadia unas tablas que auditan la economía del país. El hecho de que los representantes del Banco Central, tras cinco horas de discusión sobre los números con los integrantes de la misión del FMI, finalmente acepten esos números que se les presentan tiene “efectos rituales”: ya son “números sobre los que se puede actuar” y el FMI “recomienda” cómo, hace prognosis (Harper en Strathern 2000).

El objetivo de la auditoría del Tribunal era fiscalizar la gestión financiera de la aplicación de los reglamentos europeos en materia de asistencia sanitaria. Pero una vez acordados los números, pone en el centro el concepto de “riesgo” no sólo asociado a que no se cobren facturas o se paguen facturas sino también a que haya personas con tarjeta sanitaria que “no tengan derecho” a ella, impidiendo, en la interpretación del Tribunal, la emisión de facturas y/o el cobro a sus estados de origen por la atención sanitaria que reciben en España. El Tribunal hace recomendaciones de carácter “preventivo” y las centra en medidas de control burocrático y de “modernización” en la identificación:

- 1) Riesgo de “mal uso” de la Tarjeta Sanitaria Europea: es la tarjeta que una persona de un país de la Unión Europea obtiene en origen y que le permite, durante dos años poder recibir asistencia sanitaria en otro país de la UE. Este segundo estado remite la factura por la asistencia prestada al estado de origen que emitió la tarjeta. Según el Tribunal, esta tarjeta está concebida para un uso “coyuntural” pero el informe aporta datos que, señala, “demuestran” que se está dando un “uso indebido” y que el “riesgo” de ese uso puede aumentar con la extensión de la validez de la

tarjeta de uno a dos años<sup>201</sup>. Para apoyar este enunciado el informe mezcla datos del uso de la TSE por parte de personas que cruzan la frontera de Francia y Portugal para tratarse en España con un lenguaje de probabilidad: “puede” haber personas que sigan usando la tarjeta aunque esté caducada o que más de una persona use la misma tarjeta porque no se compruebe en el centro sanitario la identidad de la persona que la porta. Con respecto a este riesgo, el Tribunal recomienda al Ministerio de Sanidad que recopile en sus bases de datos información de “estado asegurador” y fecha de caducidad de las tarjetas<sup>202</sup>.

- 2) Riesgo de que haya extranjeros de los que se ocupa el informe que tengan un tipo de tarjeta sanitaria por una vía llamada “sin recursos económicos suficientes”, aunque sí dispongan de esos recursos o estén “cubiertos” por sus estados de origen (y por tanto se podría facturar al mismo). El riesgo, según narra el texto, es “real y cuantificable”. De las más de 453.000 personas que tienen este tipo de tarjeta en España, el Tribunal afirma que se ha podido confirmar que hay 284 personas que cuentan con una TSE emitida por algún otro estado y que, a la vez, obtuvieron tarjeta sanitaria en España por la vía de sin recursos, algo que, reitera el Tribunal, es “incompatible”. El Tribunal recomienda aquí tanto al INSS como a los

---

<sup>201</sup> Desde 2015, la UE ha creado otro documento que sirve para recibir asistencia sanitaria en un país en el que se reside de forma habitual cuando se está “asegurado” en otro país de la UE. Es el llamado documento S1. La TSE es ahora “el documento portátil que acredita su derecho a recibir asistencia sanitaria necesaria durante una estancia temporal en un país donde no reside”.

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=559>

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=563&langId=es>

Preguntas y dudas sobre TSE y S1:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=857&langId=es&intPageId=980>

<sup>202</sup> En concreto, adoptar medidas para subsanar las deficiencias de la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, entre ellas la falta de información sobre el Estado asegurador o la fecha de caducidad de las tarjetas sanitarias individuales. Además, se sugiere conciliar la información de dicha base de datos con la disponible en los servicios de salud autonómicos.

Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y al INGESA que “validen periódicamente (que se cumplen) los requisitos”. ¿Cómo? Solicitando a estas personas documentos de su país de origen que certifiquen que no tienen recursos y que no cuentan con cobertura allí, así como haciendo comprobaciones periódicas de residencia y de la vigencia de los documentos identificativos. Para ello, tendrían que cruzar datos, al menos, el Ministerio de Trabajo con el de Sanidad y con Hacienda, donde las personas tendrían que acudir a por esos documentos.

- 3) “Riesgo” de que se “reconozca el derecho” y/o se emita tarjeta sanitaria a más extranjeros de países del Espacio Económico Europeo de los que el Tribunal considera adecuados porque “puede que asegurados trabajadores o pensionistas extranjeros tengan como beneficiarios (de su tarjeta sanitaria) a personas de su familia que ya tienen seguro en su país”. Esto se da, señala el Tribunal, porque el fichero de beneficiarios no está informatizado (el INSS da los documentos en papel a las personas y esto les hace menos “controlables”) y no se cruza la información de las diferentes bases de datos y entre los diferentes actores. Así, el Tribunal recomienda que exista una base de datos centralizada de beneficiarios que se pueda contrastar además con la Base de Datos de Población Protegida por el Sistema Nacional de Salud y con la de la Tesorería de la Seguridad Social<sup>203</sup>. Con el cruce de estos datos, argumenta el Tribunal, se

---

<sup>203</sup> De hecho, el Tribunal propone que esa Base de datos de personas protegidas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) incluya los datos de las personas que, aunque no estén protegidas por el SNS, cuentan con documentos para la asistencia sanitaria luego facturable a sus países de origen. Esto son el formulario de derecho E-106 (ahora S-1), de residencia habitual para trabajadores y sus familias, Certificado Provisional Sustitutorio o Tarjeta Sanitaria Europea, así como los plazos de vigencia de dichos documentos. Esto se puede conseguir cruzando datos con la base de datos de la Tesorería General de la Seguridad Social.

reduciría el “riesgo” de que los centros sanitarios emitan tarjetas a personas “sin derecho”.

En resumen, a las “ineficiencias” que el Tribunal encuentra les da una respuesta que implica una transformación en el modo de hacer, más “moderna” y “europea”: poner en el centro la identificación, para lo cual es necesario tener disponibles todos los datos relacionados con los ingresos, las cotizaciones y la residencia de las personas de modo que una nueva base de datos pueda gestionar *por ella misma* “el derecho” de esas personas a poder recibir asistencia sanitaria.

La auditoría del Tribunal de Cuentas se ocupa del análisis del diseño y el uso de la base de datos que el INSS utilizaba en 2009, ASIA (Asistencia Sanitaria Internacional Automatizada) y su relación con el llamado “módulo de facturación” FISS-WEB (“Facturación Internacional de Servicios Públicos de Salud”), que usan en los centros sanitarios. Este módulo está pensado para que las unidades de facturación de los Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas y el INGESA introduzcan online los datos necesarios para que el INSS tramite facturas<sup>204</sup>. Sin embargo, ni los centros de Atención Primaria ni algunos otros centros sanitarios en algunas comunidades autónomas cuentan con ese módulo FISS. Lo que ocurre entonces, según narra el informe, es que estos mandan los datos a otros organismos que se encargan de grabarlos en ASIA para que luego los servicios centrales del INSS los usen para hacer las facturas<sup>205</sup>. El Tribunal encuentra “deficiencias” en este proceso porque a veces no se manda o

---

<sup>204</sup> Estas facturas tienen el nombre técnico de “formulario de liquidación E-125” y el INSS hace “una por cada acto médico”.

<sup>205</sup> Según el informe, en algunas comunidades los centros sanitarios mandan la documentación a las direcciones provinciales del INSS, cuyos trabajadores graban esos datos en ASIA. Los centros de Atención Primaria los mandan a los Centros de Grabación de cada Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma, que suelen formar parte de la Gerencia de Atención Primaria.

no se graba toda la información necesaria para que el INSS pueda hacer la factura. Además, la documentación se manda en papel lo que, estima el Tribunal, puede ser razón para que los estados facturados rechacen la factura. Sin embargo, el Tribunal se congratula de que el Reglamento 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo obligue a una “modernización” de la administración de la Seguridad Social en todos los estados de la UE: esto es, al “tratamiento electrónico de los datos” y, con ello, a “dar prioridad a la pertinencia de los datos puramente objetivos (léase informatizados)”<sup>206</sup>. La aplicación de este Reglamento permitiría, como recomienda el Tribunal, modificar la base de datos para que por sí misma impida guardar los datos si detecta que estos no están completos.

Gestionar el riesgo contando con casillas en el ordenador donde agrupar la variedad de situaciones que interesa construir en y con la herramienta. Casillas que lleven asociadas la máxima información posible en relación con ese riesgo: cobertura en otros países, fechas de documentos y certificados, situación laboral y familiar, ingresos o la falta de ellos... Pero casillas donde no cabe la complejidad de las situaciones que viven las personas: el tiempo a veces indeterminado de la visita a la familia, el sueldo que se cobra que cambia rápidamente en condiciones de precariedad, las enfermedades que se sufren de forma crónica o de forma repentina, los cambios en las legislaciones que no se conocen y de repente nos afectan. Y construir situaciones en las que se ven implicadas personas para las que no hay casilla. Más que como un “efecto perverso” o “inesperado”, el hecho de que haya grupos de personas sin casilla, o que tengan que acoplar la vida a la

---

<sup>206</sup> Reglamento 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004 sobre la coordinación de los servicios de la Seguridad Social.

casilla, es parte de esa gestión del riesgo financiero, que construye a grupos de población como peligrosos para la “sostenibilidad del sistema”. Así lo interpretó Marian, que escribió el siguiente texto:

“Mi marido está parado, desde hace dos meses, tras 27 años de trabajo ininterrumpido y cotizado a la Seguridad Social. Mi hijo de nueve años va a hacer un viaje al extranjero con el colegio y, como todos los años, solicitamos vía Internet la tarjeta sanitaria europea. Al dar error, mi marido llama a la Administración y le comunican que, como está parado, no tiene derecho a solicitarla vía electrónica y debe personarse en las oficinas. Allí le comunican que nuestro hijo no tiene derecho a tarjeta, sino a un papel “que vale igual”, pero que difiere en forma y contenido de las tarjetas europeas. Él pregunta si conviene que se ponga una estrella en la solapa de algún color —él y toda la familia— para ser reconocidos desde lejos.

Además de la humillación personal que supone no tener derecho a tramitar peticiones por vía electrónica solo por el hecho de estar parado, creo que, como ciudadanos y padres de un menor, se están vulnerando varios derechos fundamentales. Nuestros y de nuestros hijos. Ya no solo porque se nos da un trato desigual, discriminatorio y humillante a los parados solo por el hecho de serlo, sino también porque se produce una vulneración de datos: el colegio de mi hijo no tiene por qué saber nuestro estado laboral, pero ha habido que informar para explicar porqué su tarjeta sanitaria no es como las demás.

Espero que nuestro hijo no tenga que necesitar “el papel”. Cuando vuelva, les contaré. Mientras tanto, voy fabricando estrellas en varios colores para ver cuál es la que elige para nosotros este Gobierno responsable de velar por la igualdad, la democracia, el bienestar y la ética política”.— Marián López Fernández Cao<sup>207</sup>, “Cartas al Director”, 7 de marzo de 2014, *El País*.

#### **4.4. Acoplando la vida a la casilla**

A la madre de Saiful, cuando fue a la oficina de Sonia a solicitar el permiso de residencia, no le pidieron el seguro de enfermedad. Cuando fuimos a la oficina del INSS a pedir el papel para sacar la tarjeta sanitaria se enteró de que estaba inmersa en un bucle retrospectivo. Cuando pidió sus papeles debía haber tenido un seguro privado, aunque no se lo exigieran; ahora ya no podía tener “seguro”

---

<sup>207</sup> [http://elpais.com/elpais/2014/03/06/opinion/1394125357\\_565027.html](http://elpais.com/elpais/2014/03/06/opinion/1394125357_565027.html) (último acceso 2 de noviembre de 2015).

con el sistema público<sup>208</sup>. Este bucle es el efecto de una instrucción interna del INSS que algunas familias han llevado a los tribunales, que les han dado la razón<sup>209</sup>.

Volvamos al verano de 2013, unos días después de la visita al centro de salud con Saiful y su familia. Nos acercamos a unas oficinas del INSS para ver si su madre podía conseguir el documento de “reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria” que luego se lleva al centro de salud para pedir la tarjeta sanitaria. En el grupo teníamos pocas esperanzas de conseguirlo, por ese cruce de leyes e instrucciones que atravesaban a la familia. Saiful estaba quizá un poco más esperanzado porque su madre ya había recibido el permiso de residencia en firme y quizá eso podría ayudar. Estábamos sentados mirando hacia arriba, a la pantalla negra en la que aparecían números en rojo. Salió el que nos había dado un vigilante de seguridad sentado detrás de una mesa colocada a la entrada de la oficina. Nos levantamos y nos dirigimos a la mesa indicada como correspondiente a nuestro número.

Somos tres, sólo hay dos sillas, Saiful se queda de pie. La trabajadora del INSS, Laura, tras mirar rápidamente los papeles que le entrega Saiful, nos dice que la madre *no puede tener tarjeta porque tiene el permiso (de residencia) después del 24 de abril de 2012*.

Durante unos minutos conversamos con ella sobre qué tipo de normativa es la que impide que la madre de Saiful tenga tarjeta sanitaria. Laura nos comenta que está en la ley. Le pedimos que nos indique en cuál y dónde; ella, con tranquilidad, nos pide un poco de tiempo para buscarlo para, tras

---

<sup>208</sup> La instrucción del INSS afecta a la inclusión en el llamado “cajón de sastre” de los “asegurados por límite de ingresos”. Los padres y madres que no trabajan ni cotizan no pueden ser ni “asegurados” ni “beneficiarios” de sus hijos. Les queda pues el cajón de sastre. Pero la instrucción dice que en él no caben las personas que hayan obtenido el permiso de residencia después del 24 de abril de 2012. Así, en una cadena de exclusiones —por razones laborales, económicas, familiares y finalmente administrativas de extranjería—, los padres y madres que llegaron a España después de esa fecha se quedan sin médico en el sistema público y, en muchas ocasiones, también en la sanidad privada, que no les asegura. Tampoco tienen cobertura de urgencias con cargo a fondos públicos. Según el artículo 3ter del RDL 16/2012, de las personas no aseguradas ni beneficiarias sólo los extranjeros no registrados tendrán derecho a la atención de urgencias con cargo a fondos públicos. Los padres y madres reagrupados que obtuvieron su residencia después del 24 de abril se han tenido que registrar en las Oficinas de Extranjeros como paso previo para obtener su permiso de residencia.

<sup>209</sup> STSJ CL 1383/2014, sentencia nº 228/2014, de 10 de abril de 2014 y STSJ CAT SUPLI 5407/2014, sentencia nº 7623/2014, de 17 de noviembre de 2014. Los argumentos: que si una persona cuenta con permiso de residencia debe poder tener tarjeta sanitaria y el INSS no debe juzgar si debía o no tener un seguro privado cuando solicitó sus papeles, unos papeles que concede el Ministerio del Interior a través de las Delegaciones del Gobierno; y que siendo estas personas no ciudadanas de la Unión Europea no se deben aplicar sobre ellas los requisitos (tener seguro médico) que se solicitan a los europeos. Otra vuelta del bucle son los avisos que, en el verano de 2015, comenzaron a mandar las Delegaciones del Gobierno de Barcelona y de Madrid informando de la revocación de los permisos de residencia a las personas que han emprendido la acción jurídica contra el INSS por denegarles la tarjeta sanitaria. Ver Capítulo 2.



unos minutos, informarnos de que no está en ninguna ley sino en una instrucción interna del INSS. Mientras intercambiamos documentos, Saiful cuenta las negativas que ha recibido de los seguros privados y también en la sanidad pública.

*Es que esto lo han hecho para parar el turismo sanitario*, afirma Laura, que señala que *la familia se tenía que haber informado antes de traer a la madre*. Este será el primero de una cascada de argumentos, que comenzó con animarnos a suscribir un convenio con el sistema público sanitario que aún no estaba en vigor<sup>210</sup>.

Después, Laura intentó sugerencias que tenían que ver con las cosas que la madre de Saiful podría hacer en su vida para entrar en la base de datos del INSS: convertirse en “beneficiaria” de la tarjeta sanitaria de un familiar que no fuera su hijo — a través de un marido, por ejemplo — o en “asegurada” cotizante a la Seguridad Social — trabajando. Ajustar su situación para poder encajar en alguna casilla; intentar establecer una nueva relación con la Seguridad Social mediada por la situación laboral o familiar para poder contar con la asistencia sanitaria que necesitaba.

No había casilla en la base de datos para la madre de Saiful; había que retorcer la vida para ajustarse a una de las que ya existían, incluso usando la picaresca para insertarse en un sistema informático que marcaba como “lógicas” las situaciones que contenía al tiempo que convertía en “caóticas” y “abusivas” las que no había contemplado en su diseño.

---

<sup>210</sup> Laura nos dijo que fuéramos a contratar el convenio especial con la sanidad pública, convenio que por entonces aún no estaba en marcha. Laura sin embargo insistió en que no estábamos bien informados y nos envió a una oficina de la Seguridad Social para contratar uno de esos convenios. En esa oficina, unos minutos más tarde, nos dijeron que estábamos preguntando *por un muerto*, explicando que los convenios no existían y poniendo en duda que llegaran a existir alguna vez. Como hemos visto, su pusieron en marcha poco después ese mismo mes, julio de 2013.

#### 4.5. La base de datos. “El reto (de esta ley) es informático”.

“El poder es logístico y reside en las infraestructuras”, Comité Invisible, *La Hipótesis Cibernética*, 2014<sup>211</sup>.

Tras experimentar el proceso de auditoría del Tribunal de Cuentas se llevó a cabo en el INSS un intenso trabajo para crear una nueva base de datos denominada “fichero BADAS”<sup>212</sup>. Está conectada y cruza datos con Tesorería de la Seguridad Social y con Hacienda. Chequea si la persona tiene número de la Seguridad Social y cuál es su situación con respecto al organismo — vidas laborales, cotizaciones, subsidios, pensiones — ya que en función de eso puede tener o no tarjeta sanitaria y por una categoría determinada. Chequea también con Hacienda una vez al año los ingresos de las personas porque en función de los mismos se asigna a las personas un porcentaje de pago por medicamentos.

Si bien no he hecho trabajo etnográfico durante los meses que duró el proceso auditor ni tampoco durante el tiempo de diseño, testeo y puesta en práctica de BADAS, sí he podido conocer cómo los trabajadores de este Instituto pudieron vivir esos procesos: a través del relato de Sonia, de visitas a las oficinas del INSS y, sobre todo, de las palabras de dos trabajadores, a uno de los cuales entrevisté. Experimentados como meses “difíciles” o “malos”, terminaron con la creación de la nueva de base de datos que viene a poner las cosas claras, a ordenar, a objetivar el trabajo.

Mi primer contacto con BADAS fue en una reunión en el otoño de 2013, a la que acudí con otras compañeras y en la que hablaba un cargo de la misma oficina del INSS a la que fuimos con Saiful y su familia. Este trabajador, mientras explicaba que en el INSS había una nueva base de datos, hacía con la mano gestos en el aire como si estuviera trabajando

---

<sup>211</sup> <http://tiqqunim.blogspot.com.es/2013/01/la-hipotesis-cibernetica.html> (último acceso 2 de noviembre de 2015)

<sup>212</sup> Orden ESS/1452/2012, de 29 de junio, *por la que se crea un fichero de datos de carácter personal para la aplicación por el Instituto Nacional de la Seguridad Social de lo previsto en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*.

con el teclado de un ordenador y dibujaba “cajas”: *hemos pasado un año muy malo (mientras se diseñaba, probaba y ponía en funcionamiento esta base de datos) pero ahora ya el reconocimiento del derecho es más fácil.*

El trabajador iba desgranando cómo la base de datos podía cambiar hasta tres veces en un año según fuera la situación laboral de la persona (trabajador, parado, pensionista, etc), la familiar (cónyuge, divorciada) y los ingresos.

*El sistema sabe, y según cambie la situación familiar y laboral de la persona, el sistema cambia con ella, máxime teniendo ese cajón de sastre que es “el aseguramiento por límite de ingresos”, para las personas que no tienen relación con la Seguridad Social.*

*¿Y qué ocurría con las personas sin casilla? Entran dentro del grupo que tenéis por ahí perdido, tendrían que trabajar o están desprotegidas; se tienen que sacar un seguro privado y, si les dicen que no en las aseguradoras privadas ya lo sabían cuando vinieron, que no tenían protección y aún así vienen como vienen. Lo importante es que el sistema te va marcando unos derechos muy claritos.*

Con el nuevo sistema informático se ha construido una realidad completa:

BADAS lo contiene todo, lo que queda fuera está perdido, es la responsabilidad de los que están fuera buscar una manera de entrar. El marcaje de derechos de la base de datos es tan claro que se puede descargar cualquier situación “sin casilla” en ella: no hay forma de que nos tengamos que hacer cargo de las situaciones porque BADAS ya se hace cargo de todo.

Esta forma de gobierno a través de la base de datos desecha los relatos que no contempla en su diseño. Al tiempo, son esos relatos los que están en el centro del diseño de la herramienta informática: es para que no se “cuelen” grupos de personas “sin derecho” que se han diseñado las casillas.

#### 4.5.1. La entrevista con Jaime, del INSS: de la realidad y lo real

En invierno de 2014 entrevisté a Jaime, un cargo de gestión central del INSS que se mostraba entusiasmado cuando hablaba de BADAS. A diferencia de ASIA, la base de datos anterior que se ocupaba sólo de la “asistencia sanitaria

internacional” y contaba con los datos de sólo dos grupos de extranjeros, esta nueva base de datos *tiene a casi toda la población (dentro); es impresionante, y no tengo otra palabra. Se ha hecho un esfuerzo de reorganización informática muy grande*, que hace que todo sea más claro: *el principal reto* que introducía la nueva legislación en sanidad *era informático*.

La importancia que Jaime daba a la base de datos se puede captar, además de por sus propias palabras, por cómo hablar de este asunto fue clave para destensar una entrevista que partía de un lugar incómodo. El 7 de mayo de 2013, tras varias llamadas telefónicas al INSS para indagar a quién le debía solicitar una entrevista para hablar de la relación entre el INSS y la asistencia sanitaria, envié un mail a la Subdirección General de Gestión de Prestaciones del INSS. Me respondieron al día siguiente: “no es imposible atender a tu solicitud de entrevista, ya que no podemos concertar entrevistas a título individual”. Me remitieron a su página web “o la Guía Laboral que publica todos los años el Ministerio de Empleo y Seguridad Social”. Ese mismo día insistí en la importancia de poder tener una entrevista para “más allá de las guías que se puedan consultar, conocer procedimientos y procesos”. No obtuve respuesta. El 16 de diciembre volví a retomar el tema y llamé a la secretaria de dirección del INSS, que me pidió que enviara un mail. Al día siguiente, recibí una llamada de una persona que me decía que era mejor que hablara con la Consejería de Sanidad, porque las competencias en sanidad están transferidas: “lo sanitario no se hace en el INSS”, en el INSS es “sólo entregar papeles”<sup>213</sup>. En ese momento, mencioné

---

<sup>213</sup> A pesar de mi insistencia, la entrevista con responsables de tarjeta sanitaria y aseguramiento de la Consejería de Sanidad de Madrid no tuvo lugar. Nunca me fue negada directamente pero tampoco se concretó: “la agenda (de los responsables de la consejería) está colapsada, voy a preguntar”, me decían desde el departamento de comunicación donde dirigieron mi petición. Comunicaciones por correo electrónico el 7 de mayo de 2013 y el 16 de diciembre de 2013 y

que habían salido noticias en prensa, en concreto sobre padres o madres que vienen aquí con sus hijos y una instrucción del INSS no les deja tener tarjeta: *bueno, ya te entiendo, nosotros de lo jurídico no tenemos nada que decir y de lo sanitario tampoco tenemos gran cosa que decir... la entrevista sería sin prisa (...)* sobre la organización y la historia del INSS, me respondieron.

A los dos días me enviaron un mail informándome de que la persona con la que me entrevistaría era Jaime, funcionario que ostentaba un cargo designado por un partido político y que se ocupaba de la prestación sanitaria del INSS. Él y yo fijamos el encuentro para el invierno de 2014. Cuando llegué a las oficinas del INSS la secretaria de Jaime tenía apuntado mi nombre y me condujo al despacho. Jaime me recibió con un *a ver qué te puedo contar yo*. Cuando le pregunté si podía usar grabadora dudó y dijo que sí pero que no transcribiera. Unos minutos más tarde me pidió que la apagara. Todo lo que viene a partir de ahora son notas que tomé durante la entrevista, incluidas frases textuales que presento en cursiva, así como la reconstrucción que hice nada más terminar, que me llevó al menos el mismo tiempo que estuve con él, unas dos horas.

Al principio Jaime miraba el reloj cada pocos minutos, gesto muy visible porque tenía los brazos cruzados sobre la mesa y, para poder ver la hora, tenía que levantar la manga de la camisa de su brazo izquierdo, sujeta a su muñeca por gemelos y que sobresalía de la americana. Sin embargo, cuando comenzó a hablar de la base de datos y yo me mostré interesada se fue relajando: *de eso si quieres podemos hablar todo lo que quieras*. Su conversación fue tornando cada vez más coloquial, hasta el punto de que fui yo la que inició el final de la entrevista. Jaime me pidió que no hiciera público su nombre ni su cargo y me sugirió, algo que no acepté, que ni siquiera *hacía falta poner la institución* para la que trabajaba.

A diferencia de lo que me habían dicho por teléfono cuando solicité la entrevista, una de las cosas que Jaime me repitió varias veces a lo largo de

---

llamadas telefónicas el 21 de marzo y el 31 de marzo de 2014. En este tiempo Javier Fernández-Lasquetty dejó el cargo de consejero y lo asumió Javier Rodríguez. Rodríguez dimitió en diciembre de 2014 para ser sucedido por Javier Maldonado, que a su vez fue sustituido tras las elecciones autonómicas de mayo de 2015 por el actual consejero, Jesús Sánchez Martos.

la entrevista era que *el INSS siempre había tenido que ver con la asistencia sanitaria y que, a pesar de lo que digan ésta siempre había estado ligado al trabajo, aunque luego se fueron abriendo tramos, como la tarjeta de sin recursos, para personas sin trabajo y/o sin cotizar*. Lo nuevo, decía, era que si antes las comunidades autónomas concedían tarjetas a la gente ahora esto se había centralizado en el INSS gracias a la nueva base de datos.

Efectivamente, antes de la reforma había personas que tenían que ir al INSS a entregar documentación para solicitar la tarjeta sanitaria, aquellas personas que debían demostrar que no tenían recursos económicos suficientes. Sin embargo, en general, muchas personas podían ir al centro de salud y obtener una tarjeta sanitaria sin tener que pasar por el INSS. Esto suponía un problema, porque los servicios de salud de las Comunidades Autónomas habían dado tarjetas a gente que no debía tenerlas.

Para Jaime, las personas debían estar *debidamente identificadas para poder colocarlas en un bote* (leáse casilla) y eso era lo que hacía la nueva base de datos: recopilar, de forma automática, toda la información posible de la persona, para colocarla donde corresponde. *No pierdes el derecho, pero depende del 'bote' en el que estás, es una cuestión de organización; ahora se piensa que sea automático, se piensa en fórmulas; lo que establece el Real Decreto (RD-I 16/2012) es trabajo más en procesos informáticos; el reto del INSS no es el tema del reconocimiento, que ya había antes, sino que ahora es toda la población la que tenemos en la base de datos. El reto es el sistema informático.*

La nueva legislación se traducía en una base de datos, la más completa que Jaime conocía en sus más de veinte años en el INSS; nunca había tenido una herramienta con la que se pudieran hacer todos los trámites, de forma tan automática. Luego, toda esa información se trasladaba al Ministerio de Sanidad y de ahí a las Comunidades Autónomas y finalmente, *si la persona había acreditado (que cumplía los requisitos)* recibía la tarjeta sanitaria. También se compartía esa información con las farmacias de modo que, cuando la persona acude a una y se identifica con la tarjeta, el farmacéutico accede a una base de datos conectada con la de la Comunidad Autónoma y automáticamente se carga lo que esa persona tiene que pagar por los medicamentos. Toda esa información, en origen, sale del INSS.

Para Jaime, la construcción de este sistema informático era una racionalización con una consecuencia: *ahora (la sanidad) empieza a ser universal, fíjate que gran organización; (yo ciudadano) no me tengo que mover, casi toda la población viene ("reconocida") de oficio*. El mundo contenido en la base de datos, la base de datos y su singular ordenación: *la ley lo que ha hecho es garantizar que la asistencia sanitaria se extienda prácticamente a toda la población.*

Sólo había dos grupos, según Jaime, para los que la base de datos no funcionaba automáticamente: los bebés recién nacidos y las personas que iban a ese cajón de sastre que son los “asegurados por límite de ingresos”. Es decir, las personas sin relación con la Seguridad Social.

Jaime y yo hablamos de la instrucción del INSS que impedía a grupos de personas entrar en ese cajón. Él aseguraba que eso no tenía *nada que ver* con el INSS: *los permisos de residencia los concede la policía<sup>214</sup>, que se ocupa de comprobar los requisitos — entre los que está tener un seguro médico — y el INSS aplica una norma de circulación europea que está por encima de la española. No se ha creado una norma nueva.*

Enfrentar situaciones sin casilla deslizó el discurso hacia otro lugar, ahí donde el turismo sanitario adquiere un rol aglutinador y explicativo. *El alemán* fue la figura que utilizó Jaime en la entrevista para intentar explicar qué pasaba con gentes como la madre de Saiful:

*si una persona va a otro país y no va en calidad de trabajador o de estudiante, sino que va en calidad de que va a no se sabe qué. Si va más de tres meses tiene que acreditar que no resulta una carga y por eso se le pide que demuestre unos medios de subsistencia y que tenga un seguro médico, que no dice que tenga que ser privado ni público; no es lógico que tú que eres un alemán lleves cinco meses y te acojas a la sanidad española; si no fíjate lo que sería. Todo el mundo quiere sanidad pero hay que pagarla.*

También *el alemán* era puente de paso para enmarcar las reflexiones acerca de la situación en la que estaban las personas sin papeles:

*¿quieres que entremos en esa tema? ¿Entramos en esa tema? Porque yo no lo voy a eludir. Un trabajador en España es un trabajador, y un extranjero puede ser lo mismo un pensionista alemán que un percibidor de prestación rumano. Los dos tienen el mismo derecho. Entonces, ¿a qué nos estamos refiriendo? Personas que estaban vinculadas a la modalidad antigua de sin recursos o que no estaban y se les había reconocido la tarjeta por la comunidad autónomas sin que interviniera el INSS. Y que no tienen documentación, no tienen residencia legal.*

*Por ejemplo, el caso de un pensionista alemán. Es el INSS el que se encarga de la cuestión del reembolso. Él no trajo la tarjeta de su país, obtuvo una tarjeta de una comunidad autónoma — no voy a entrar cómo — y su tratamiento lo costea España, mientras que lo tendría que costear el estado de origen.*

*Por eso en este caso la residencia es determinante. (La identificación) es determinante, luego los países, España con sus alemanes y Alemania con sus españoles, se cruzan los datos, hay un mecanismo de compensación, pero si no está identificado como alemán...*

---

<sup>214</sup> O las oficinas de la Delegación del Gobierno.

*Y fíjate que yo no tomo partido ¿eh? Sólo digo lo que es; porque no es lógico que venga un alemán y le den la tarjeta sanitaria los de la Comunidad Autónoma y ya tenga la tarjeta de aquí y le paga la asistencia España. Para ti en Alemania te la paga España.*

*Lo de los ilegales se regula por otro vía, siempre pueden ir al ambulatorio y les van a atender, otra cosa es que usen el ambulatorio de forma constante.*

Un desplazamiento que descarga en la norma y en la herramienta todo un conjunto de argumentos valorativos.

*Hay que cumplir la norma. Tú tienes residencia legal ¿a que sí? Yo tengo residencia legal, en cuanto la tienes, tienes todos los derechos, puedes votar (sic) puedes tener derecho a todos los derechos. Sólo se les pide eso (a los inmigrantes indocumentados). Y que no trabajen en la economía sumergida, sólo se les pide eso. Igual que la policía no va por ahí por las calles preguntando a todo el mundo si tiene residencia legal, eso no pasa, pues ellos deben tenerla.*

Hacia el final de la entrevista Jaime se iba sintiendo más cómodo: usaba lenguaje más coloquial, no miraba el reloj, me interpelaba directamente, incluso mostraba un deseo de convencerme: *la realidad es una, no mires más de lo que te digo yo*, me insistió en dos ocasiones. La segunda vez que lo hizo, cuando ya llevábamos casi dos horas de entrevista, me planteé si mi charla podía contribuir a legitimar o reforzar la posición de Jaime y decidí cerrar el cuaderno y colocar el bolígrafo encima como gesto indicador del final del encuentro.

En Jaime, como en todos, esa realidad es construida y tiene que ver con la trayectoria profesional y personal, con el lugar que ocupa uno en la institución en la que trabaja, con el género, la clase, los propios perjuicios, etc. Desde otros lugares hay otras experiencias e interpretaciones de lo que implica para la práctica del acceso universal al sistema sanitario público la centralización de procesos de identificación en bases de datos controladas individualizada y jerárquicamente.



“Habéis contado un poco la práctica del derecho. Una conclusión es que hace unos años la sanidad universal no era legal, pero era real. En cierto sentido por algo que no se ha nombrado, el control de las bases de datos. Antes las bases de datos eran independientes, es decir, que cada centro (de salud) (...) Tú tenías una independencia de la base de datos que ahora no tienes (...)

Madrid lo que ha hecho es un hipercontrol de las bases de datos, porque cada centro no controla ya las bases de datos (...) Los profesionales se ven sometidos a un control de una burocracia, más que una independencia. Cada vez son menos independientes para gestionar ciertas cosas. Del año 2001 al 2008 nunca he facturado a nadie, absolutamente. Alguna cosa de extranjeros se ha intentado facturar, nunca se ha llegado. A partir del 2011 se factura. Hay un cambio de paradigma en el imaginario, que viene a decir que es totalmente distinto (...) Antes, de hecho, lo hacías, la metías (a la persona en el sistema) y era sostenible. Creo que había una responsabilidad personal de los que estaban allí. Cuando la responsabilidad deja de ser personal creo que la sanidad está mucho más bajo control de los que están arriba (...) Cada vez nos enfrentamos a un sistema mucho más normativizado, gestionado por bases de datos, con cada vez menos capacidad individual de las personas para actuar. Para mí es un cambio de paradigma, más allá de lo legal, que es el sistema de gestión”.

(Intervención de una compañera auxiliar administrativa en el Ágora *Universalidad y Derecho*, marzo de 2014. Transcripción de Diana).

En este relato se puede apreciar la manera en la que un artefacto, como es el sistema informático centralizado, y un dispositivo, como es la evaluación individual, operan disciplinando a los profesionales que trabajan en ella y a los usuarios, suponiendo un cierre para los que no cuentan con un seguro. Las personas que están “fuera” no forman parte de “la realidad”. Pero sí de lo real.

Lo real es que las personas no tienen relaciones continuadas con lo laboral y esas relaciones no están ausentes de desequilibrios de poder y violencia con los entornos administrativos y burocráticos; lo real es que no existe un mundo en el que sea posible “controlar y verificar” en todo momento el movimiento de las personas; lo real es que las personas sin recursos económicos tienen dificultades ya en origen para poder viajar con documentos, a las que se

suman las que acompañan al proceso de conseguir papeles una vez en España; el acoso constante al que la policía somete a estas personas con sus redadas racistas, que pueden acabar en el Centro de Internamiento de Extranjeros; las facturas, los compromisos de pago, las denegaciones de atención en los centros sanitarios; la reproducción que esta base de datos del INSS, conectada con las de los centros sanitarios, hace de las desigualdades sociales estructurales que sufren los sin papeles.

#### 4.5.2. Tan lejos, tan cerca: la lucha de la Marea Granate

Una de las experiencias que muestra cómo partir de lo que ocurre en la vida cotidiana transforma y construye una realidad pegada a lo real es la lucha conjunta entre el colectivo Yo Sí Sanidad Universal y las gentes de la Marea Granate, un colectivo de colectivos formado por personas exiliadas que viven en diferentes países y que se juntan — por videoconferencia y presencialmente — para defender sus derechos<sup>215</sup>.

Lo que les ocurre a las personas que salen fuera de España a intentar encontrar un trabajo en otro país y a las personas que vienen a España a lo mismo tiene un punto en común: la lógica del seguro individual ligada a las cotizaciones a los sistemas de Seguridad Social. Existen diferencias que tienen que ver con capitales culturales — nivel de formación, manejo del idioma, de los trámites administrativo-burocráticos, recursos económicos, redes de apoyo, trayectorias profesionales, sociales y personales, compromisos económicos y

---

<sup>215</sup> En su página web, las gentes de la Marea Granate señalan que son “un **colectivo transnacional** y apartidista formado por **emigrantes** del Estado español y simpatizantes, cuyo objetivo es luchar contra las causas y quienes han provocado la crisis económica y social que nos obliga a emigrar. Nuestro colectivo nace al calor de otros movimientos sociales aparecidos en España en los últimos años. Somos la extensión de éstos fuera del país. **Nuestra marea es granate, como el color de nuestros pasaportes**, símbolo de nuestra emigración forzada” (las negritas en el original). Hay seis nodos en América Latina, tres en Norte América, 19 en Europa (de los cuales tres están en Alemania y ocho en Francia) y uno en Oceanía. Sus dos focos de lucha son el derecho de voto y la sanidad. <http://mareagranate.org>

afectivos con la familia en origen, construcciones de edad y género, etc. Pero ese punto en común puede ser capaz de constituir las condiciones de posibilidad de un encuentro de esas diversidades en la lucha por un sistema sanitario universal. Es además un punto desde el que se puede vislumbrar el funcionamiento real de una idea de Europa que lejos de construir “derechos transfronterizos” produce fronteras que viajan con una allá donde vaya.

Desde 2013, los jóvenes mayores de 26 que se van fuera de España, la mayoría en busca de un trabajo, han sumado una dificultad a sus exilios. Una disposición de los Presupuestos Generales del Estado para 2014 hace que este grupo de personas pierdan su relación con la Seguridad Social, incluida la validez de sus tarjetas sanitarias si su estancia fuera sobrepasa los 90 días<sup>216</sup>. Cuando comenté con Jaime, del INSS, este asunto respondió haciendo un gesto con la mano como si le saliera una visera de la frente, y dijo: *¿qué pasa, que cuando llevas más de 90 días (fuera de España) te salta, se levanta (la visera)?*.

En efecto, de momento, la única forma segura de que se pueda saber si un joven ha estado fuera más de 90 días es si esta persona se ha inscrito en el consulado de España en el país de residencia. Esto otorga varios derechos (por ejemplo, poder votar por correo), pero también proporciona información a la administración para, por ejemplo, dar de baja la tarjeta sanitaria. *Es como si nos estuvieran pidiendo que mintamos*, nos contaba una compañera de la Marea Granate en el invierno de 2015, en el marco de una reunión en la que varias compañeras de Yo Sí Sanidad Universal hablamos con *granateras* que vivían en Reino Unido, Austria, Alemania, Francia y Portugal.

Pero no olvidemos que una de las recomendaciones del Tribunal de Cuentas era establecer procedimientos para controlar los periodos de residencia de las personas en otros países europeos, introduciendo “verificaciones” regulares de residencia por parte del INSS. Propone en su informe introducir en la base de datos del INSS y otras bases vinculadas a ella campos de información para que se puedan controlar informáticamente las fechas de validez de estos documentos, de modo que éstas gestionen por sí mismas el “riesgo” de que esos documentos se sigan usando más allá de su fecha de caducidad. Así, nos contaban las compañeras de Marea Granate, había personas a las que el propio sistema informático les había dado de baja la tarjeta sanitaria aunque a otras no. No había forma de saber si estas verificaciones eran producto de una arbitrariedad o de un procedimiento que se estuviera testeando.

---

<sup>216</sup> Disposición adicional 65 de la Ley 22/2013 de 23 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para 2014, que modifica el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social. BOE

Muchas de estas personas, aunque emigren a un país de la Unión Europea, no pueden llevarse consigo la Tarjeta Sanitaria Europea porque con los cambios legislativos las personas mayores de 26 años que no cotizan no pueden obtenerla. Así, estos jóvenes cuando salen de España llevan en su mayoría un documento que, sobre el papel, les sirve para poder recibir asistencia sanitaria fuera de España, sobre la base de que luego el estado donde están hace cuentas con la Seguridad Social española. Es el llamado Certificado Provisional Sustitutorio, que dura 90 días. Todas las compañeras de la Marea Granate aseguraban que el Certificado Provisional Sustitutorio es papel mojado fuera de España: *te dicen que no está traducido; aquí no conocen ese papel; te piden el dinero en el mostrador, porque dicen que España no paga* (por la atención sanitaria de los españoles con ese certificado en el extranjero).

Son los mismos papeles que pedían en ese hospital infantil de Madrid al bebé rumano que conocimos al principio de este capítulo. Aquellos que tenían que ver con los reglamentos europeos de Seguridad Social, que atravesaban la situación de una familia que no formaba parte de las previstas por la sanidad transfronteriza.

El hecho de que el certificado sustitutorio no se reconozca, o que la propia base de datos dé de baja la tarjeta de una persona que vive en otro país diferente de donde se expidieron esos documentos tiene consecuencias. No solamente dejan desamparadas a las personas que residen en países donde no hay sistema de sanidad universal y no pueden encontrar un trabajo en 90 días. En el caso de España, cuando estas personas vuelven aquí, si necesitan ir al médico deben ir, cada vez, al INSS a hacer los documentos para obtener la tarjeta por límite de ingresos. Pero existen otros efectos aún más invisibles y violentos: *a la gente le da vergüenza decir que no tiene sanidad; la gente intenta no ponerse mala; yo tengo una enfermedad y me contraté el seguro privado.*

La Marea Granate creó su grupo de sanidad y lanzó dos campañas en 2015 junto con el movimiento Yo Sí Sanidad Universal: “Nos echan de la salud” y “Vuelve Sin Sanidad”<sup>217</sup>. Se unió al registro de situaciones de exclusión sanitaria REDES, que ya llevaba un año disponible. Para ello, hubo que reorganizar el formulario informático de modo que se pudieran recoger las particularidades de las situaciones de los exiliados en la misma base de datos que incluía las historias de los grupos que sufrían exclusión en España. El comunicado conjunto de los dos colectivos decía, en junio de 2015:

“A medida que avanza este cambio, cada vez más grupos de personas quedan expulsadas del sistema de salud. La lista crece: comenzó por las que dejaron sus casas para ganarse la vida en España y están en proceso

---

<sup>217</sup> <http://mareagranate.org/author/sanidad/>

de regularización administrativa, siguió por los padres y madres reagrupadas por unos hijos e hijas que llevan mucho tiempo, décadas, viviendo aquí. Cada día los requisitos administrativos complican el acceso al sistema a las personas mayores de 26 años que no hayan cotizado, a los parados de larga duración no inscritos... Y ahora nos toca a nosotras, las personas que nos hemos visto obligadas a buscarnos la vida fuera de casa, fuera de España, quienes nos vemos excluidas del sistema de salud”.

## 5. LÓGICAS DE MERCADO, MAREA BLANCA, SANIDAD UNIVERSAL

Irene y yo entramos en una sala muy grande llamada “*The Arc*” (El Arco), con los asientos, en su mayoría ocupados, dispuesto en forma de teatro romano semicircular. La fila más alta se cierra con grandes ventanales por los que entra la luz tenue y gris de noviembre (de 2013) en Bruselas. Estamos dentro de un enorme edificio con forma de cubo de cristal llamado SQUARE, que rompe con la arquitectura clásica de una de las plazas principales de la ciudad. Dentro de la sala toda la atención está centrada abajo, en el foso, donde se sitúa la mesa de los panelistas, que tiene detrás una enorme pantalla para proyectar presentaciones. Es una de las sesiones que más gente ha conseguido convocar de todas las celebradas en la 6ª Conferencia Europea de Salud Pública, que dura tres días, tiene el inglés como idioma oficial y cuenta con más de un centenar de sesiones entre talleres, plenarios, exposición de pósters, mesas redondas, comidas de trabajo y reuniones informales<sup>218</sup>.

El título de esta sesión es “*Round Table. Financial crisis and public health: a comprehensive perspective of current status and future opportunities*” (Mesa redonda. Crisis financiera y salud pública: una perspectiva completa del estado actual y las oportunidades futuras)<sup>219</sup>. Los colores dominantes son el azul, el gris y el negro de los trajes de pantalón o falda que visten las personas presentes, que llevan dos días recorriendo el edificio de cuatro plantas y decenas de salas donde tienen lugar las sesiones de un encuentro que incluye una cena en el Parlamento Europeo. Las otras sesiones a las que hemos acudido han terminado con algunas preguntas de la audiencia, que han generado más o menos debate dependiendo sobre todo del tiempo que se ha guardado para ello.

---

<sup>218</sup> El colectivo en el que participamos Irene Rodríguez y yo recibió una invitación, de parte de la Open Society Foundations Health Programs, para acudir a la conferencia. Nos ofrecimos a ir para contar el trabajo del grupo y lo que el grupo pensaba acerca del tema propuesto en la mesa en la que participamos, titulada “*Austerity, social exclusion and Health in Europe*” (Austeridad, exclusión social y salud en Europa). La mesa estaba incluida en las sesiones agrupadas bajo el título “Austeridad y Equidad”, uno de los 15 “*tracks*” o grandes líneas. Se puede consultar el programa completo de la conferencia aquí: [http://ephconference.eu/repository/conference/2013/programme/Programme\\_Booklet\\_Brussels\\_2013.pdf](http://ephconference.eu/repository/conference/2013/programme/Programme_Booklet_Brussels_2013.pdf) (último acceso 2 de noviembre de 2015).

<sup>219</sup> Los integrantes de la mesa redonda eran: Josep Figueras (moderador, Director del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias y director del Centro Europeo de la Organización Mundial de la Salud en Bruselas); Helmut Brand (profesor Jean Monnet de Salud Pública Europea y director del Departamento de Salud Internacional de la Universidad de Maastrich, ex presidente de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de la región europea, ASPHER en sus siglas en inglés); Hans Kluge (médico y director de la División de Sistemas Sanitarios y Salud Pública de la Organización Mundial de la Salud en Europa); Monika Kosinska (Secretaria General de EPHA, European Public Health Alliance, , que se define como la mayor red de ONGs que trabajan en salud en Europa); Martin Mackee (profesor en la London School of Hygiene and Tropical Medicine); Walter Ricciardi (profesor de higiene y salud pública en la Universidad Católica del Sagrado Corazón en Roma); e Isabel de la Mata (Directora de SANCO, la agencia para la Salud y la Seguridad Alimentaria de la Comisión Europea y representante permanente de España en la Comisión Europea).

En ésta, sin embargo, el moderador ha abandonado su puesto en la mesa y se pasea por el espacio que separa a los panelistas de la audiencia, con el micrófono en la mano. Se mueve, pregunta por su nombre a los panelistas y a personas concretas de la audiencia, explicita su deseo de ser polémico, de azuzar el debate en el que, sin embargo, participan pocas personas más allá de a las que el moderador interpela directamente por su nombre.

Es un escenario particular: la audiencia está compuesta por representantes políticos y personas que trabajan en organismos supranacionales (Unión Europea) o internacionales (Organización Mundial de la Salud); por investigadores de universidades públicas o centros privados; y, los menos, por trabajadores en salud pública y activistas. El moderador plantea el debate como un reto a lo que supone es un sentido común compartido por los presentes: todo el mundo en *The Arc* está a favor de la inversión pública en sistemas sanitarios y en contra de las políticas de “austeridad” pero... ¿cómo se hace para convencer a los políticos? ¿para poner la salud pública en primer plano? ¿cómo hacer para que, por ejemplo, los políticos tengan en cuenta los estudios que dicen que un efecto de la crisis ha sido el aumento de los suicidios en países como Grecia o España?

Moderador: *¿Hay alguien aquí que no estaría de acuerdo con que la crisis ha tenido un impacto en la salud pública? Pues los datos no nos permiten afirmarlo. Quizá tenemos que esperar un poco más para afirmar eso de forma categórica (...) Necesitamos datos robustos (hard data). No estamos presentado (bien) nuestro caso, no estamos influyendo en las políticas de la Troika. Ellos dicen: “¿qué importa si tenemos más suicidios? No son tantos” (...) La satisfacción de los consumidores en salud en España es sólo un 1% más baja. ¿Podemos construir un argumento para la Troika (con eso)? Olvidémonos de la discusión público/privado, de la ideología, vayamos a la ciencia pero... ¿para qué?*

Con estas preguntas, Josep Figueras, investigador y profesor de economía de la salud que ha ocupado varios puestos en organizaciones como la Comisión Europea y el Banco Mundial y que ahora es director del Observatorio Europeo en Sistemas Sanitarios, jugaba a lanzar de vuelta a los presentes lo que consideraba era un consenso falto de la suficiente robustez y de la suficiente y adecuada difusión para convencer a los políticos. Esos que son *los que toman decisiones y pueden cambiar el rumbo de las cosas*. Desde el foso miraba hacia su esquina superior derecha, donde estaba sentado el investigador y co-autor del libro *¿Por qué la austeridad mata?* David Stuckler (2013).

A lo largo de la conferencia Stuckler y sus colegas investigadores habían dado diversas presentaciones que argumentaban que las políticas de austeridad estaban produciendo efectos devastadores en cuanto a desigualdades en salud, laborales y sociales, así como un retraimiento de la gente para acudir al médico o comprar la medicación y un aumento de

los suicidios<sup>220</sup>. Repetían que la inversión en el sistema sanitario es lo que llamaban un *fiscal multiplier* (multiplicador fiscal); es decir, que al igual que con la educación, dedicar dinero público a la sanidad produce crecimiento económico y, por tanto, recuperación. No hacerlo no sólo no ayuda a la recuperación sino que mata. Figueras preguntaba a este grupo cómo hacer para que su mensaje llegara, estuviera al frente, algo que no estaban consiguiendo. Martin Mackee, investigador, profesor y colega de Stuckler, decía: *cada vez que producimos datos nos atacan, te atacarán si pones en cuestión el paradigma neoliberal dominante*<sup>221</sup>.

Mackee señalaba que además de investigaciones se necesitaba un movimiento social que pudiera usar esos datos para luchar por la inversión pública en sanidad. Otros, como Figueras, expresaban su dudas acerca de si el activismo podría transformar algo. Hubo panelistas que comentaban que había datos en el sentido contrario, que decían que con la crisis no había cambiado la “percepción en salud” en España y que no había dado tiempo a recopilar los datos específicos sobre el efecto de las políticas “de austeridad”. Como mucho, aseguraba Isabel de la Mata, representante permanente de España en la Comisión Europea, cuando esos datos estuviesen listos *valdrían para la siguiente crisis*.

La figura del investigador como tecnócrata que fabrica datos que luego presenta a los políticos fue defendida por una mayoría de panelistas, que al tiempo se lamentaban de la dificultad de los políticos para entender esos datos por falta de conocimiento y de voluntad política para actuar conforme a ellos. En esta narración general hubo voces discordantes. Una planteó que los investigadores toman decisiones políticas a cada paso al decidir sobre qué investigan, cómo y dónde publican. Otra señaló que en salud pública muchos políticos son también tecnócratas que quieren tomar “decisiones basadas en la evidencia”. El problema es que la evidencia de los investigadores allí reunidos no era la hegemónica. Este

---

<sup>220</sup> Las presentaciones del equipo de Stuckler se agruparon en una sesión llamada “Austeridad y Equidad” y eran las siguientes (mi traducción): 1) “¿La inversión en el sector de la salud promueve o inhibe el crecimiento económico?”, Aaron Reeves, Reino Unido; 2) “¿Todos a una? Recesiones, salud y desigualdades en salud en Inglaterra y Suecia, 1991 a 2010”, Clare Bambra, Reino Unido; 3) “Probabilidad de perder el trabajo entre personas con minusvalías durante la crisis financiera en la Unión Europea”, Marina Karanikolos, Reino Unido; 4) “Shock económicos y suicidios: análisis comparativo entre naciones de las causas y los factores protectores en Europa y América del Norte durante la Gran Recesión”, Aaron Reeves, Reino Unido; 5) “Desigualdades sociales en el acceso económico a la sanidad en Suecia”, Anu Molarius, Suecia; 6) “La interacción entre riesgo y bienestar en adolescentes: un estudio de adolescentes desfavorecidos (Liverpool, Reino Unido, 2009-2012)”, Emily Phipps, Reino Unido.

<sup>221</sup> Martin Mackee ha publicado, junto con investigadores españoles, artículos en los que analiza críticamente los recortes en los sistemas sanitarios y las leyes que excluyen a grupos de personas en España (Helena Legido-Quigley et. al. 2013a y 2013b). Las revistas en las que se han publicado estos textos gozan de gran prestigio entre la comunidad médica: *The Lancet* y *British Medical Journal*. En los dos textos, pero sobre todo en el segundo que es más largo, se argumenta que la inversión de España en sanidad es una de las más bajas de la UE, que no está demostrado que la gestión privada sea más barata y que la exclusión de grupos de personas del sistema sanitario público no supone ningún ahorro para el mismo, es una medida que atenta contra los derechos humanos y la salud de todas las personas y puede favorecer al sector privado.



lugar estaba ocupado por los economistas, que además manejan un lenguaje diferente: *en las finanzas hay 27 expresiones para decir “no”*, comentaba el representante de la OMS, que había tenido reuniones con representantes de los gobiernos y del mundo de las finanzas de Grecia y de Portugal.

En esta sesión, como en el resto de presentaciones y debates dedicados a sistemas sanitarios durante la conferencia, las preguntas giraban en torno a cómo convencer con datos que la inversión en sistemas sanitarios públicos puede aportar un crecimiento económico que será la salida a la “crisis”. Esta inversión, además, acabaría con los efectos devastadores en salud y bienestar producidos por las políticas de “austeridad”. La importancia de los datos radicaba no tanto en lo que ellos mismos muestran cómo en la habilidad que se tenga para presentarlos como disparador de políticas públicas particulares.

Por ejemplo, en una de las reuniones de la conferencia se presentó un proyecto liderado por un equipo del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud que compara datos de *performance* (desempeño) de hospitales en diferentes países<sup>222</sup>. En los comentarios a la presentación se sugirió un “argumento de venta” para el proyecto; se podía ligar con la nueva directiva transfronteriza, una ley que intenta crear un área única europea de sanidad dentro de la que los ciudadanos europeos puedan escoger dónde quieren operarse y quién les opera<sup>223</sup>. Esta “sanidad transfronteriza” incluye un “mandato de transparencia” de modo que el usuario tenga información de los hospitales a los que puede acudir. Por esto, estudios como el presentado caen del lado de los intereses actuales. *Tiene gran valor en términos de comunicación*, decía Figueras, en esta ocasión en el rol de participante. Todo depende de cómo se enmarquen esos datos, de cómo se vendan: *es la primera vez en mi vida que (políticos españoles) me preguntan: “¿cómo puedo usar datos para cerrar hospitales?”*, confesó.

Acertar con el estudio tenía, además de valor comunicativo en un contexto concreto, un efecto material: poder conseguir fondos europeos para así poder continuar con los estudios, su difusión y su uso para “incidir” en las decisiones de los políticos. Podría contar las veces que escuché debates sobre la falta de fondos para investigación en la conferencia pero quizá una pequeña escena logre capturar mejor el clima. En el ascensor para ir a la planta donde estaba *The Arc* Irene y yo fuimos testigos del encuentro entre dos investigadoras que se conocían y hablaban en castellano: *estoy contenta porque están abiertos a colaborar*, le dice ella a él; *aunque claro, sin dinero, estamos en modo supervivencia. Lo mismo aquí*, responde él, *vamos a tener que ir y robar un banco*.

---

<sup>222</sup> Proyecto ECHO, *European Collaboration for Healthcare Optimization* – Colaboración Europea para la optimización de la sanidad: [http://www.echo-health.eu/handbook/performance\\_model.html](http://www.echo-health.eu/handbook/performance_model.html)

<sup>223</sup> Para saber más sobre esta directiva ver el Capítulo 4.

(Relato a partir de las notas tomadas durante EPHUA, celebrada del 13 al 16 de noviembre de 2013 en Bruselas. Escrito en el invierno de 2015)

Durante toda la conferencia, así como en la sesión en la que intervenimos, mi compañera Irene y yo discutimos de la importancia que se daba a la “evidencia” para responder a preguntas de investigación que, decía Irene, “no dejan atrás la idea de que la sanidad debe contribuir a un fin que es el crecimiento económico”. Ese esquema de pensamiento no se cuestionaba directamente; de hecho, en palabras de Figueras, hacerlo era entrar en el terreno de la “ideología” y lo que tocaba era “quedarse con la ciencia”. Pero esto solo no era suficiente: había que saber comunicar los resultados de los estudios, mejorar la comunicación de los datos; sólo así se podría llegar a conquistar la voluntad política de los políticos, “convencer a la Troika” e influir así en las políticas públicas. Enfrente, sin embargo, estaba el paradigma neoliberal dominante; estaban los economistas con su lenguaje, que es el lenguaje hegemónico.

En Octubre de 2013 acudí a una charla debate en *The Heyman Center for the Humanities at Columbia University* (El Centro Heyman de Humanidades de la Universidad de Columbia), en Nueva York. En la mesa, titulada *European Intellectuals and the Economic Crisis* (Los intelectuales europeos y la crisis económica) el filósofo Étienne Balibar compartía con los presentes una suerte de pesar por tener la sensación de que no había intelectuales de izquierda que hubieran hecho una crítica vocal y ampliamente difundida de la crisis en Europa. Adam Tooze, historiador de la economía en Europa y su compañero en la mesa, le respondió que sí había *intelectuales de la crisis; están del otro lado y son economistas*, afirmó Tooze. Con “del otro lado”, se refería del lado de lo que en la conferencia de salud pública llamaban las “políticas de austeridad”.

(Relato a partir de las notas de octubre de 2013. Escrito en el invierno de 2015)

Los estudios de Mackee, Stuckler y su equipo son sin duda útiles para demostrar en el mismo lenguaje que usa la lógica neoliberal, el de la estadística, todo el sufrimiento que están causando las políticas que han destruido los

sistemas de protección. Visibilizan con números unas realidades que otros economistas tienen a dejar fuera de sus “modelos”. Eso que otros economistas nombran como “externalidades” o “anormalidades” si quedan fuera del modelo con el que construyen la realidad; o “efectos perversos” si caen dentro de los sistemas de predicción y prevención de los modelos<sup>224</sup>. Por ejemplo, un “efecto perverso” — y no la forma que adopta la lógica de la competencia sobre el terreno — sería lo siguiente: que un hospital de gestión privada intente evitar las derivaciones de pacientes a hospitales públicos y recurra en su lugar a darles el alta<sup>225</sup>. Si hay derivación, el hospital privado debe pagar por el tratamiento que el paciente no ha podido recibir en el mismo; si hay alta el tratamiento que recibe el paciente en el hospital público es financiado por este último, sin que el centro privado tenga que pagar nada porque se trata de un nuevo ingreso administrativamente no relacionado con el anterior. Al tiempo, hospitales de gestión privada que reciben fondos extra por pacientes que no son de su zona hacen esfuerzos por captarlos, ofreciendo citas más tempranas, por ejemplo. Según han denunciado colectivos anti privatización, las prácticas del *call center* que usa el SERMAS para dar las citas con los especialistas encauzan esas derivaciones a la privada<sup>226</sup>. El sistema público ha de pagar por esos pacientes que se van de un centro público a uno de gestión privada y diferente del que les corresponde, lo que acaba encareciendo el funcionamiento del propio sistema público.

---

<sup>224</sup> Lo veremos con más detalle en el epígrafe “5.4. Libre elección, una lógica que avanza”.

<sup>225</sup> José Luis M. Vadillo, “El Hospital de Valdemoro presionó para no derivar pacientes a la sanidad pública”, *Elmundo.es*, 18 de diciembre de 2012, <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/12/07/madrid/1354906171.html> (último acceso 24 de octubre de 2015).

<sup>226</sup> María José Esteso Poves, “Malas artes para favorecer al sector privado”, *Periódico Diagonal*, 1 de julio de 2013, <https://www.diagonalperiodico.net/panorama/malas-artes-para-favorecer-al-sector-privado.html> (último acceso 24 de octubre de 2015).

Investigaciones como la de Stuckler ponen estas prácticas en el centro (y no al margen) de una reflexión sobre cómo la desinversión en el sistema público y las lógicas de la competencia y la eficiencia pueden matar. ¿Por qué, entonces, no son tenidas en cuenta en las políticas públicas? ¿Es solamente una falta de éxito comunicativo vis a vis el “paradigma neoliberal dominante”?

Si nos quedamos con este forma de entender la lógica dominante o hegemónica neoliberal hay aspectos de los procesos que se nos escapan. ¿Se puede producir el cambio, de unas políticas públicas a otras, convenciendo a los políticos con una estrategia de comunicación y unos datos? ¿Es principalmente desde arriba desde donde se gana a las lógicas neoliberales? ¿Qué relación tienen estas preguntas con lo que nos ocupa, el despliegue de la exclusión sanitaria en Madrid? Vamos a intentar responder a estas preguntas poniendo la mirada sobre la relación entre el despliegue de la exclusión sanitaria y un movimiento social que, desde el invierno de 2012 y hasta enero de 2014, desbordó, superó y ganó desde abajo a un dispositivo concreto impuesto desde arriba para introducir formas de hacer de la empresa en la sanidad pública de Madrid.

### **5.1. En plena Marea, la historia de Amin**

El 11 de noviembre de 2012 el entonces consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty, presentó su *Plan de medidas de garantía de sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid*<sup>227</sup>. Entre otras medidas, el plan pretendía otorgar por medio de concesión administrativa la gestión sanitaria de seis hospitales públicos a empresas privadas, así como abrir 27 centros de salud a un modelo de gestión

---

<sup>227</sup> <http://www.aetel.es/imagenes/media/499-524a73.pdf> (último acceso 2 de noviembre de 2015)

por el cual los médicos y médicas podían optar por constituir sociedades-empresa para gestionar los centros<sup>228</sup>. Además, el plan contemplaba la “externalización de servicios no sanitarios”, la “transformación del Hospital de la Princesa en un hospital de alta especialización para la patología de personas mayores”, la “transformación del hospital Carlos III en un hospital de estancia media”, la “implantación de la tasa del euro por receta” así como otras medidas relativas a los medicamentos y “la jubilación de profesionales mayores de 65 años”.

A la presentación de este plan le siguió una reacción de oposición frontal por parte de la mayoría de los profesionales sanitarios y no sanitarios a la que se unieron personas que habían participado del movimiento 15M y vecinos y vecinas de los barrios. El movimiento tuvo mucha cobertura en los medios de comunicación. Los hospitales y los centros de salud estuvieron llenos de pancartas contra el llamado Plan Lasquetty durante meses. Se llevó a cabo una huelga indefinida, así como encierros en los hospitales, centros de especialidades y centros de salud, en algunos de los cuales participaron usuarios. Se celebraron manifestaciones de miles de personas en el centro de Madrid que recibieron el nombre de Marea Blanca (por el color de las batas), término que acabó aglutinando una amplia diversidad de grupos y colectivos de diferentes trayectorias en la sanidad madrileña a los que les unía la oposición al plan. Profesionales del sistema sanitario salían fuera de sus centros y abordaban a los

---

<sup>228</sup> Los hospitales afectados eran: Hospital Infanta Leonor, Hospital Infanta Sofía, Hospital Infanta Cristina, Hospital del Henares, Hospital del Sureste y Hospital del Tajo. El sistema de concesión implica que todas las cuestiones que tienen que ver con lo sanitario serían responsabilidad de una empresa privada que la administración escogería por medio de concurso abierto. Respecto a los centros de salud, el plan afirma que el modelo de gestión que propone está extendido en Europa y que en Catalunya lleva en funcionamiento más que quince años (son las llamadas Entidades de Base Asociativa, EBAs) “con resultados clínicos y económicos positivos”.

vecinas y vecinas en la calle para informarles sobre el Plan Lasquetty, algo que algunos compañeros veteranos en el SERMAS afirmaban era inaudito. El hall del Hospital de La Princesa se llenó de gente discutiendo, pintando pancartas, ideando maneras de evitar que ese espacio dejara de ser su hospital. La medida del euro por receta se encontró con la oposición no solo de usuarios sino también de profesionales sanitarios y farmacéuticos que distribuían los documentos de reclamación de la tasa entre los usuarios<sup>229</sup>. El 3 de junio de 2013 se conoció el fallo del Tribunal Constitucional que anulaba esta tasa<sup>230</sup>.

En julio de 2013, la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM), formada por profesionales médicos y surgida con el objeto de impedir la implementación del Plan Lasquetty, abrió una vía legal contra la Consejería que terminó, el 27 de enero de 2014, con un Auto del Tribunal Superior de Justicia de Madrid que anuló definitivamente el proceso de adjudicación de los hospitales a las empresas privadas que se presentaron a concurso. La Consejería, días antes de que terminara el plazo de presentación de propuestas, había realizado un cambio en los pliegos de condiciones, disminuyendo la cantidad de fianza que las empresas tendrían que poner a disposición del SERMAS por gestionar los hospitales. El Tribunal entendió que este cambio no era acorde a derecho<sup>231</sup>. El

---

<sup>229</sup> La gente redactó y distribuyó una guía para no pagar la tasa: <http://madrid.tomalaplaza.net/2013/01/03/guia-facil-para-no-pagar-el-euro-por-receta-en-madrid/> (último acceso 24 de octubre de 2015).

<sup>230</sup> Pleno. Auto 142/2013, de 4 de junio de 2013. <http://www.tribunalconstitucional.es/es/jurisprudencia/Paginas/Auto.aspx?cod=23736> (último acceso 24 de octubre de 2015).

<sup>231</sup> Auto del 27 de enero de 2014, Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de los Contencioso-Administrativo, Sección Tercera, Pieza de Medidas Cautelares 787/2013-01 (Procedimiento Ordinario).

proyecto quedaba paralizado jurídicamente, el consejero dimitió y el gobierno de la Comunidad de Madrid abandonó el plan Lasquetty<sup>232</sup>.

Uno de los ejes de discusión mediática entre Lasquetty y el movimiento de la Marea Blanca giró en torno a los datos. Tanto la Marea Blanca como los medios de comunicación insistieron en incontables ocasiones a Lasquetty para que demostrara con números, con “evidencia”, sus argumentos. A saber, que la gestión privada de centros sanitarios públicos era más “eficiente” y suponía un “ahorro” que se lograría sin disminuir la calidad, entendida como “satisfacción” del cliente. El Plan Lasquetty no iba acompañado de ninguna memoria económica y el consejero, aunque repitió en incontables ocasiones que contaba con estudios e informes, no consiguió convencer. Aún así, fue capaz de usar ese lenguaje, el de los datos, el de la ciencia, el de la gestión basada en la evidencia y no en la ideología, durante todo el proceso. De hecho, ese fue, como veremos más abajo, su lenguaje. El consejero jugó en un tablero que, sin embargo, estaba desbordado por un movimiento mucho más amplio, más afectivo, más político. Un tablero desbordado por gestos como el de una pensionista con ingresos modestos que le ofrece a su médica de cabecera de toda la vida pagarle algún día de huelga como gesto de apoyo a la lucha por la sanidad pública<sup>233</sup>. O el de una vecina que, dos años después, baja a charlar sobre la salud de su madre con la farmacéutica del

---

<sup>232</sup> El 11 de octubre de 2015 se conoció que la investigación de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC) estimó “indicios más que suficientes” de “irregularidades en el proceso de adjudicación” de la gestión de los seis hospitales. Sin embargo, la investigación archivó la causa por falta de pruebas documentales y porque finalmente la adjudicación no se llevó a cabo. *Europa Press*, “CNMC ve ‘indicios más que suficientes’ de ilegalidad en el intento de privatización de hospitales”, 11 de octubre de 2015, <http://www.europapress.es/madrid/noticia-cnmc-ve-indicios-mas-suficientes-ilegalidad-intento-privatizacion-seis-hospitales-2013-20151011143456.html> (último acceso 31 de octubre de 2015).

<sup>233</sup> Mi compañera y amiga Elena Aguiló compartió conmigo esta historia en el invierno de 2012.

barrio, a la que conoció y con la que intimó “cuando lo del euro por receta”<sup>234</sup>.

Lasquetty no perdió porque no tuviera datos sino porque la batalla estaba en el afuera de ese juego. Lo que ganó fue otro lenguaje, el del afecto al sistema público de salud. Con él, la gente expresó los modos en los que se sentía afectada por el plan, y esa expresión fue parte de un proceso que consistió en hacerse cargo, juntas, de la situación.

La Marea Blanca fue capaz de desplegar un discurso y una práctica de lo público que cuestionó jerarquías y separaciones de todo tipo, también de saberes, sentimientos de pertenencia y formas de hacer con otros. Puso en circulación procesos políticos y afectivos que traspasaron diferencias: médico/paciente (“todos somos pacientes” era uno de los lemas) y hospital/espacio público (“abrazo tu hospital” fue una de las acciones que se llevaron a cabo, en diciembre de 2012, con gentes agarradas de la mano rodeando un hospital tan grande como el Gregorio Marañón, que ocupa varias manzanas).

Sin embargo, este movimiento no transformó el proceso de exclusión sanitaria que se había iniciado unos meses antes con la entrada en vigor del RD-l 16/2012. En medio de un proceso tremendamente afectivo y político en defensa de lo público como algo de todos y todas, por debajo, por el lado, la introducción de discursos y prácticas empresariales en el sistema sanitario público de Madrid continuaba discurriendo y servía de punto de apoyo para el despliegue de la exclusión. Ese discurrir corría por las rutinas diarias, por los artefactos que se usan para hacer el trabajo, atravesados por dispositivos de lógicas burocráticas,

---

<sup>234</sup> Esta historia me la contó Victoria, del barrio de Arganzuela, en una charla relacionada con mi ocupación laboral, en el otoño de 2015.



por racismos cotidianos e institucionales, por malestares laborales y por el gobierno de crisis. Uno de los momentos en los que esta relación entre movilización por la sanidad pública y exclusión sanitaria se testeaba más claramente era cuando una persona sin tarjeta se acercaba a los mostradores de centros de salud y hospitales, llenos de pancartas.

Primavera de 2013. En el salón de actos de un gran hospital de Madrid. Está repleto; hay médicas, enfermeras, celadores, auxiliares administrativas, cocineras, limpiadoras, gente que hace todos los trabajos que se hacen en el hospital. Y también gente que no trabaja en el hospital. La sala tiene forma de auditorio y abajo, en la tarima, hay una mesa con representantes de algunos de los colectivos y sindicatos que participan en la Marea Blanca: Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid, AFEM; Asociación Madrileña de Enfermería Independiente, AME; y Plataforma Asamblearia de Trabajadores y Usuarios por la Salud, P.A.T.U.SALUD<sup>235</sup>. Están hablando de varios aspectos de la lucha contra el Plan Lasquetty: cómo afrontar el plan de recursos humanos que pretende despedir a profesionales y cómo va la estrategia legal que está llevando a cabo AFEM; se habla también de la Consulta por la Sanidad.

Intervengo para recordar que está el problema de las leyes de exclusión sanitaria. Cuento que hace unos minutos acabo de visitar en las urgencias de ese mismo hospital a Amin, al que acaban de operar del corazón; sus compañeros y él están preocupados por si le van a facturar la operación; no tiene tarjeta sanitaria porque no tiene papeles. A pesar de que según la ley las urgencias no se deben cobrar a las personas sin permiso de residencia hasta que tengan el alta médica, sabemos por experiencia que se emiten facturas por atención de urgencias y por el seguimiento del tratamiento.

Responde una persona de la audiencia, que viste bata blanca, asegurando que allí se atiende a todo el mundo y que no se cobra. Hay un aplauso, al que me uno, porque me ha dado alegría la respuesta tan firme. Sin embargo, no las tengo todas conmigo.

A los pocos días Amin está ya en la calle pero necesita una medicación que cuesta más de 100€ al mes; la primera tanda ya la ha pagado íntegra con sus ahorros de vendedor ambulante de rosas. También necesita revisiones con el cardiólogo. En urgencias le dieron el volante para pedir las citas y una compañera y yo hemos quedado con él y con un amigo suyo para pedir las. Volvemos al mismo hospital.

---

<sup>235</sup> AFEM <http://asociacionfacultativos.es/>, AME <http://www.ameenfermeria.com/> y P.A.T.U.SALUD <http://www.patusalud.es/>.

La persona del mostrador nos dice que no puede dar las citas o que si las da tiene que ser con un alta en el sistema informático que se llama (paciente) “privado”, que dejará rastro en facturación. *Es que además ahora todas las citas que damos se quedan registradas con nuestro DNI y luego a final de mes nos vienen con el papel y nos van diciendo todas las cosas que hemos hecho mal.* La revisión de las citas que se dan es ahora individual; antes era de toda la unidad de admisión en su conjunto.

Aunque la trabajadora encuentra el tipo de alta que solucionaría los problemas de Amin, no acaba de atreverse y nos pide un papel de la médica en el que se diga expresamente que se solicita ese tipo de alta. O que lo intentemos en el centro de salud, que es “donde corresponde”. Es una práctica común lo de mandar a la gente a su centro de salud para esto. Sabemos que ese tipo de alta se ha dado 7 veces en 7 meses en el conjunto de todos los hospitales de Madrid. Esto a pesar de que la propia administración central del SERMAS dice que ese alta se puede y debe dar tanto en centros de salud como en hospitales.

Las gentes de un grupo de acompañamiento siguieron con Amin varios meses. Tras varias semanas y varios intentos, consiguieron las citas y la medicación. Pero aquella atención de urgencias en el hospital, la primera, la de ese día en que había una asamblea de la Marea Blanca, generó una factura de casi 8.000 euros, que después Amin y sus acompañantes lograron anular.

(Relato a partir de las notas tomadas en varios días de la primavera de 2013 y del registro REDES. Escrito en el invierno de 2015).

.....

En las siguientes páginas vamos a tratar de rastrear los elementos que constituyen un gobierno y una subjetividad de acuerdo a las lógicas de la empresa, de la individualización, de la competencia, tanto de profesionales como de usuarios, como punto de apoyo para el despliegue de prácticas de exclusión sanitaria. Los dispositivos que concretan esas lógicas — sistemas de evaluación y control de los profesionales por sí mismos y por otros jerárquicamente por encima, contratos temporales y precarios, sistemas de identificación e información que registran el “coste” individual de cada “acto” — juegan con otros como la construcción de “crisis”, “abuso” y “amenaza” y con otras lógicas, como la

de la burocracia y la del racismo. Así, no hay una sola pregunta en estas situaciones — ¿cómo convencer a los políticos para que no haya un Plan Lasquetty? — sino una miríada de ella, que se lanzan a situaciones concretas: ¿qué puedo hacer y hasta dónde? ¿no lo puede hacer otro mejor? ¿no sería además “colar” a esta persona? ¿no me traería problemas? ¿no sería quizá, incluso, participar en un “abuso”? ¿en realidad se merece el esfuerzo?

Para hacer el rastreo de esos elementos que constituyen un gobierno y una subjetividad de empresa que es punto de apoyo a la exclusión sanitaria necesitamos unas nociones de neoliberalismo, hegemonía e ideología que den cuenta de cómo los movimientos desde arriba en relación con los de abajo toman forma en prácticas y situaciones concretas. Ir más allá de la narración del neoliberalismo dominante que se despliega desde arriba y que sólo desde arriba, influyendo en la Troika, se puede derrotar. Pero también ir más allá de la narración del neoliberalismo como políticas llamadas de “austeridad” derramadas desde arriba que, con movilizaciones y lenguajes que disputan el sentido común dominante, consiguen tomar el poder, ganar a la privatización. Mirar también cómo, en medio de ese éxito, las lógicas de empresa se incorporan a la vida diaria y a nuestra propia subjetividad. Porque es en ellas, prácticas que casi no se hablan ni discuten, que la exclusión se ha apoyado en su despliegue. En el próximo epígrafe pues introducimos un debate sobre esas nociones — hegemonía, ideología, neoliberalismo — que nos ayude a intentar entender esas formas de hacer que casi no se notan:

En abril de 2015 acompañé a mi padre a un hospital privado en Segovia. Él es un profesor jubilado de la educación pública y forma parte del grupo de personas a las que las leyes sanitarias permiten tener sanidad en una mutua, Muface, provista por una empresa privada, *Asisa*, pero financiada públicamente. En las mesitas de las salas de espera del hospital había

folletos de una empresa de radiodiagnóstico, *QDiagnostica*: “Resonancia magnética, 240€; Mamografía 90€; Ecografía 75€. Líderes en Diagnóstico Médico por Imagen. Más de 20 años de experiencia”.

Ese día escribí: *estos trípticos están por todos lados en un hospital privado al que fui hoy, acompañando para hacer un radiodiagnóstico de algo nada grave a mi padre. La médica que estaba con mi padre en la sala de máquinas dejó la puerta abierta de modo que yo, la única persona sentada en la sala de espera, podía escucharlos. Después de la prueba la médica le pide a mi padre que rellene el formulario. Bueno, en realidad no le pide, le dice que lo haga: "se viste y me rellena este formulario". Le escucho preguntar "¿cuál, este? ¿Este es el que tengo que rellenar verdad?". Al salir pregunto a mi padre de qué iba la encuesta esa: "de si la máquina estaba limpia, si estaba fría, no sé, cosas así". Saco el tríptico y le pregunto: "¿era de esto?". Y él: "sí, de eso, justo". Hablamos un rato, de dar datos a empresas privadas así a las bravas, de médicas haciendo ese trabajo de coleccionar datos, de la presencia tan visible de la empresa en el hospital. "Y eso que este hospital es una cooperativa de médicos" me dice mi padre mientras esperamos en la puerta del médico y sujeta con fuerza, se sujeta en cierto modo de la bolsa donde está su radiografía. Hay incertidumbre ahí, hay afecto al objeto. La bolsa es también de QDiagnostica.*

(Escrito y publicado en mi perfil de *Facebook* en abril de 2015).

## 5.2. Unas notas sobre hegemonía, ideología y neoliberalismo

La noción de hegemonía del filósofo Antonio Gramsci en *Cuadernos de la cárcel* es la de un “grupo dominante” — puede ser tanto el que está a los mandos del Estado como al asalto del mismo — que cuenta con una ideología que encapsula sus intereses y tiende a prevalecer sobre las de los otros grupos (1971). El grupo ostenta la hegemonía no solo económica y política sino también moral e intelectual en un plano “universal”. Esto es, es capaz de convertir su particular en algo de todos gracias a un consentimiento espontáneo de las masas, ejerciendo así su dominio sobre la “sociedad civil”. Sobre los grupos que no consienten — los grupos subalternos — o cuando el consenso por cualquier razón se rompe, actúa la fuerza coercitiva del Estado. Estos grupos subalternos pueden derrotar a su enemigo, sin embargo, y convertirse en grupo dominante.

En esa labor el papel del “intelectual orgánico” es clave, porque para Gramsci la lucha por la hegemonía es también una lucha cultural, porque el “liderazgo intelectual y moral” es imprescindible para lograr la dominación material y el poder gubernamental.

Como señalan Jean y John Comaroff en la introducción de *Of Revelation and Revolution: Christianity, Colonialism and Consciousness* (2002), la noción gramsciana de hegemonía ha sido interpretada y desarrollada de muy diversas formas. Aquí, por ejemplo, podríamos “interpretar” la victoria de la Marea Blanca sobre el consejero Lasquetty como un proceso en el que el grupo subalterno es capaz de dominar la lucha cultural, moral y política, siendo capaz de agregar un impresionante consenso con respecto a su principal lema: “Sanidad cien por cien pública, gratuita y de calidad”. La Marea habría sido capaz de derrotar al paradigma neoliberal hasta entonces dominante. Sin embargo, si hacemos esto, sacamos de la foto la historia de Amin, y todas las que narran la exclusión. Veamos pues otra manera, sirviéndonos de la propuesta de los Comaroff de situar la cuestión de la hegemonía en un problema histórico y etnográfico particular.

Para los Comaroff, la ideología y la hegemonía son las dos formas en las que el poder (activo, el de la coerción; no activo, el que funciona por hábito y silencio) entra o se implica con la cultura. La cultura, dicen, es esa visión común del mundo que la hegemonía ha de capturar, es de donde salen las formas hegemónicas y también desde donde se resiste a ellas. Si ideología es un grupo de ideas que reflejan los intereses de la clase dominante (la ideología según el Marx de *The German Ideology*) la hegemonía se acerca más una experiencia subjetiva y colectiva que deriva de la construcción de la economía y la sociedad y

que determina el modo en que el orden social es percibido y se actúa sobre él (la ideología según el Marx de *El Capital*). En su propia definición, los Comaroff hablan de hegemonía como un “orden de signos y prácticas, relaciones y distinciones, imágenes y epistemologías — que se construyen en un campo cultural situado e histórico — que se da como la forma natural y recibida del mundo y de todo lo que lo habita” (2002: 209-210). Ideología sería “un sistema articulado de significados, valores y creencias que pueden ser abstraídas como la visión del mundo de un grupo social” (Ibid). Mientras que la ideología puede ser contestada, la hegemonía (ideología dominante) no es negociable y en ella participa toda la comunidad política. Es la concepción dominante del mundo que logra establecerse como “verdad histórica” y “universalmente concreta”. Estos autores, inspirados en el sociólogo Pierre Bourdieu, piensan la hegemonía como formadora de hábitos, como ese poder cuya fuerza está en lo que pasa casi sin notarse y que nos atraviesa y nos forma como sujetos, al tiempo que silencia, previene, dificulta pensar otras alternativas.

Más que en un consenso, la hegemonía se asentaría sobre unas formas de hacer que aseguran ese marco de inteligibilidad del mundo y no otro. Pero nunca lo aseguran del todo: siempre hay cuestionamientos de ese marco, propuestas de otros lenguajes, otras lógicas, otros hábitos que, partiendo de las dominantes, las mezclan con otras, las subvierten, las desbordan<sup>236</sup>. En ese proceso, se rompe con algunas “verdades”:

“lo que intento mostrar es cómo las condiciones políticas y económicas de la existencia no son un velo o un obstáculo para el sujeto de conocimiento

---

<sup>236</sup> Esta idea así formulada se la debo a muchas personas, en especial: a mis compañeros de La Escuela de Afuera, a Ainhoa Montoya (comunicación personal el 17 de octubre de 2014), al texto de la entrevista ya mencionada con Verónica Gago el *diario.es* y a la introducción del libro de Jon Beasley-Murray, *Posthegemony. Political Theory and Latin America* (2010).

sino los medios por los cuales los sujetos de conocimiento se forman, y por tanto son relaciones de verdad” (Michel Foucault, *“Truth and Juridical Forms”*, en Paul Rabinow 2001: 69 mi traducción).

La introducción de las lógicas de la empresa en la sanidad, aunque lideradas por un “grupo dominante” ya desde antes incluso del Informe Abril y sobre todo a partir de él, no cuentan con un consenso hegemónico: ya hemos visto que la historia de la relación público/privado en el sistema sanitario ha sido una de luchas en las que se ha ido construyendo una cultura del sistema como público. Tampoco el Estado ha recurrido a la coerción directa para imponer estas prácticas<sup>237</sup>. Además de leyes y regulaciones, las lógicas de empresa penetran y dan forma a prácticas diarias que no paran incluso cuando se está produciendo la mayor movilización contra la privatización de la sanidad que ha tenido lugar en Madrid. Esta introducción lleva dos décadas apoyándose en dos ejes que presenta como verdades: 1) la competencia entre centros aumenta la eficiencia y la administración pública ha de tomar medidas para garantizarla; 2) la responsabilidad individual con respecto a la calidad y al coste tanto de profesionales como de usuarios es vacuna contra una tendencia endémica al

---

<sup>237</sup> Sin embargo, no hay que olvidar que durante la Marea Blanca sí hubo coerción y uso de la fuerza. En junio de 2013, la ocupación pacífica y colectiva por parte de vecinos y vecinas del barrio de Vallecas junto con los profesionales del centro de salud Federica Montseny se respondió con la entrada de antidisturbios, en un movimiento inédito por parte de la Delegación de Gobierno de Madrid que produjo en un primer momento el pánico de los encerrados y la rabia de los que estábamos fuera para mutar en espíritu de reivindicación colectiva en una movilización de centenares de personas al día siguiente, con un pasacalles por uno de los barrios más simbólicos y activos en la lucha por los derechos de trabajadores y poblaciones precarizadas y pobres: <http://madrid.lahaine.org/100-antidisturbios-desalojan-en-vallecas> (último acceso 25 de octubre de 2015). Además, tras la paralización del Plan Lasquetty se destituyó de sus cargos a algunas personas que aparecieron en los medios como parte de la Marea Blanca y que llevan décadas intentando otras formas de hacer en sus centros de salud, como Paulino Cubero, coordinador del centro de salud General Ricardos (en Carabanchel), que no firma el contrato programa (página 239). Raúl Rejón, “Polémicos ceses en la sanidad madrileña: “Es una venganza a quienes paramos la privatización”, *eldiario.es*, 23 de mayo de 2014, [http://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-madrid-destituciones-oposicion-privatizacion\\_0\\_262823922.html](http://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-madrid-destituciones-oposicion-privatizacion_0_262823922.html) (último acceso 25 de octubre de 2015).

gasto. Estos dos ejes no interfieren, continúa el argumento, con el acceso de todas las personas al sistema. Hasta que llegó el decreto de abril de 2012 y ligó explícitamente la eficiencia del sistema sanitario con el aseguramiento individual, que las personas han de gestionar y del que se han de responsabilizar.

### **5.3 Gestores de sí**

Tanto el modelo de gestión privada de hospitales públicos como el de gestión de los centros de salud por los propios profesionales introducen la lógica del mercado en un servicio que en su financiación sigue siendo público. Es el gobierno de la Comunidad de Madrid (amparado en una legislación estatal, la ley 15/97) el que establece el marco jurídico para que esta lógica se pueda implantar en el sector público. Este papel del Estado como actor que produce leyes encaminadas a garantizar la competencia, también entre actores públicos y de éstos con privados es, según el sociólogo Christian Laval y el filósofo Pierre Dardot una característica fundamental del neoliberalismo, especialmente el desarrollado en la Unión Europea. En su libro *La Nueva Razón del Mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal* (2013) los autores usan el concepto de gubernamentalidad de Michel Foucault y la narración que éste hace de la formación y extensión del gobierno neoliberal en Europa y en Estados Unidos como lente que guía su investigación histórica para mostrar cómo lo propio del neoliberalismo no es que el Estado se adelgace cada vez más para dejar paso al mercado, sino cómo el Estado se encarga de establecer un marco jurídico que asegura que la lógica de la competencia, que no la del intercambio ni la de la interdependencia, sea el principio que rige cada vez más esferas no sólo de la vida económica sino de toda la vida humana (2013).



No se trataría pues de una extensión del mercado a esferas que antes estaban totalmente libres de él y protegidas por el Estado (como la sanidad pública) sino de una extensión de la lógica de la competencia a diferentes esferas que antes se regían por otros principios, extensión en la que el Estado juega un papel fundamental. Además de construir el marco para constitucionalizar la competencia, estos autores argumentan que el Estado neoliberal se rige también por ese mismo marco, constituyéndose una sociedad de derecho privado en la que los agentes (incluido el propio Estado) se relacionan entre sí a través del contrato privado<sup>238</sup>. En este sentido, el Estado sería otra empresa cuyas unidades de producción compiten, miden y evalúan sus resultados para compararse unas con otras en base al principio de eficiencia. La externalización de hospitales sería pues desde este punto de vista una “operación quirúrgica” (Laval y Dardot 2013: 291-294) para extirpar la “inercia del gasto”, nunca una decisión “ideológica”.

El 19 de marzo de 2013, el entonces consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty, protagonizó un encuentro con periodistas que informan sobre salud y sistema sanitario. El evento estaba organizado por la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) en la céntrica sede de la Asociación de la Prensa de Madrid, situada en uno de los barrios acomodados de la capital, Salamanca<sup>239</sup>. Se producía en un momento en el que el debate sobre el Plan Lasquetty era un tema primordial en los medios de comunicación. Lasquetty afirmaba por entonces que no había duda de que el plan se llevaría a cabo.

Los primeros 25 minutos de este encuentro se dedicaron a la exposición preliminar del consejero y la siguiente hora y media a preguntas de

---

<sup>238</sup> La constitucionalización de las políticas que construyen el déficit con el mercado financiero-bancario y su reducción como condición de posibilidad para cualquier acción de política pública se produjo cuando el gobierno del PSOE, con los votos del PP, aprobó el cambio del artículo 135 de la Constitución española el 2 de septiembre de 2011.

<sup>239</sup> Acudí a este encuentro y transcribí la grabación que amablemente me facilitaron Celia Hernández y Lucía Miret del medio digital *Hemisferio Cero. Observatorio de información internacional*. Compartí la transcripción con *Hemisferio Cero* así como con otros colectivos e investigadoras, y participé en el encuentro haciendo una pregunta al consejero, así como en el documental que Celia y Lucía editaron, que contenía metraje de esta rueda de prensa. Lucía Miret y Celia Hernández 2013, “Un año sin sanidad universal”, en *Periodismo Humano*: <https://vimeo.com/73706910> (último acceso 24 de octubre de 2015).

periodistas presentes en la sala y espectadores online a través de *Twitter*. La mayoría de las preguntas versaron sobre el conflicto (el consejero lo llamó “enfrentamiento dialéctico”) que Lasquetty mantenía con los profesionales movilizad@s contra el plan: se le preguntó sobre datos que avalaran su política, negociaciones y enfrentamientos con los profesionales y prácticas que favorecen a los centros privados. A la vez, el ambiente fue en su mayoría distendido: el consejero llamaba por su nombre a periodistas y miembros de ANIS. En ocasiones, la cercanía entre los presentes se hizo explícita: “voy a preguntarle al consejero a ver si con eso de que hemos estudiado en el mismo colegio me lo camelo eh?” (Iñigo de la Petra, moderador del encuentro y miembro de ANIS)<sup>240</sup>.

Una de las claves del discurso del consejero fue la defensa del plan desde un lugar que presentó como no ideológico ni político, sino técnico:

“Si yo quisiera decir vamos a optar por la gestión privada de hospitales públicos. ¿Por qué? Porque creemos ideológicamente en eso, no necesitaba nada más. Yo ideológicamente no tengo nada que me haga rechazar esa fórmula. Si queremos decir ‘esto es algo que reduce los costes y los hace más previsibles a lo largo de los próximos años’ es porque es así” (Fernández-Lasquetty)

Esta desideologización de las políticas, que no deben ser objeto de debate ya que caen por su propio peso es posible, de acuerdo con Laval y Dardot, porque la ideología es sólo una de las formas de las que se vale el neoliberalismo para extenderse. Según estos autores, la extensión del neoliberalismo no se debe a un complot de las élites que luego se hubiera impuesto desde arriba trazando una densa cortina ideológica, aunque entre esas mismas élites gobernantes sí tuviera impacto la lucha ideológica que llevaron a cabo militantes del neoliberalismo como Friedrich August von Hayek o Milton Friedman en la década de 1980. La gubernamentalidad neoliberal, afirman Laval y Dardot, es más que una ideología, más incluso que una ideología hegemónica: es una racionalidad, una razón del mundo que consiste en la “generalización de la empresa como norma de conducta (de gobernantes y gobernados) y de la empresa como modelo de

---

<sup>240</sup> El encuentro se puede visionar en su totalidad en: <https://www.youtube.com/watch?v=TpetTm2AC6M> (último acceso 24 de octubre de 2015).

subjetivación” (2012: 192). En especial en Europa, el despliegue de la lógica de la competencia como racionalidad, “razón del mundo”, aglutinó diferentes corrientes, contextos, marcos jurídicos, ideas, ideologías y lógicas burocráticas con las que entraría a jugar, que instrumentalizaría o transformaría, y a las que se reajustaría, mutando según el contexto. En esa extensión, la desideologización de las políticas públicas es una práctica que conforma sujetos guiados al consenso y que diseminan ese consenso, máxime cuando se apoya firmemente en la producción de conocimiento científico, en especial estadístico. Laval y Dardot utilizan el término “estrategia” en el sentido que le dio Foucault, “estrategia sin sujeto”; no hay un plan previo totalmente pensando, lo que hay son “lógicas de prácticas”: hay de entrada prácticas, a menudo dispares, que ponen en funcionamiento técnicas de poder y son la multiplicación y la generalización de todas esas técnicas las que, poco a poco, imprimen una dirección global, sin que nadie sea el instigador de este “avance hacia un fin estratégico” (Laval y Dardot 2013:192-193).

Paremos un momento aquí para matizar esa noción de “razón del mundo”, pues nos habíamos propuesto situar la cuestión de la hegemonía en un problema histórico concreto. Si lo hacemos, tenemos que señalar que la lógica neoliberal se ha desarrollado y ha jugado de forma muy distinta en, por ejemplo, los países asiáticos o los ex soviéticos como para que no sea problemático hablar de “razón global”<sup>241</sup>. La propia historia de la construcción del sistema nacional de salud en España y de la práctica de la universalidad es suficientemente particular como para que se den paradojas que conviene desbrozar para poder entender la

---

<sup>241</sup> Esta idea la discutí con Ainhoa Montoya (en persona y en sus comentarios a este capítulo) y la desarrolla Ainhoa Ong en su último trabajo, del que dí cuenta en el Capítulo 2.

práctica de la exclusión. Sin embargo, el trabajo de Laval y Dardot es muy útil para el análisis de la relación entre lógicas de empresa y situaciones de exclusión que aquí se hace si tomamos esa concepción que tienen de la razón neoliberal como flexible; tremendamente adaptable a lo que se va encontrando, capaz de jugar y mutar a su favor otras lógicas sobre el terreno, de modo que es “una misma lógica normativa — la de la competencia — que rige las relaciones de poder y las formas de gobernar en niveles y dominios muy diferentes de la vida económica, política y social”, que se despliega de forma generalizada “desde el Estado hasta lo más íntimo de la subjetividad” (Íbid).

En el discurso de Lasquetty frente a la Marea Blanca, la lógica de la competencia era la clave para lograr la eficiencia. Una lógica que se encarnaba en formas de hacer concretas en varios aspectos. Volvamos al encuentro ANIS.

Las claves del discurso del consejero, que desgranó en su intervención primera y que amplió en sus respuestas a las preguntas, fueron las siguientes: el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid tiene buena calidad pero está falto de fondos por una “injusta financiación autonómica” y por la “profunda crisis que vivimos”. Es necesario pues, disminuir los costes y esto se pretende hacer sin mermar la calidad. La solución, mejorar la eficiencia que antes de la “crisis” era ya un problema. La sanidad pública madrileña tiene instalada una inercia, una dinámica de gasto, que tiene varios actores implicados: los propios profesionales, que son los que deciden sobre el equipamiento tecnológico y otras partidas; los pacientes que, junto con los sindicatos, demandan más infraestructuras; la costumbre del crecimiento del presupuesto, que ahora no sólo ha parado sino que ha disminuido; los intereses laborales de los profesionales, separados del, o incluso contrarios al interés general; y, finalmente, un marco jurídico rígido que constriñe a las empresas públicas, porque trata a todos los trabajadores del mismo estamento por igual en vez de premiar “al que lo hace mejor” y blindar contratos “vitalicios” que no incentivan la motivación para “ser mejor” y “modernizarse”. El resultado, la existencia de un problema de eficiencia endémico que no es político, sino técnico-legal:

“(…) es un margen de ineficiencia (que) viene dado por las normas que rigen todo lo relativo a las cuestiones de personal y todo lo relativo a las cuestiones de compras y adquisiciones en el sector público, las leyes con carácter general rigen estas cuestiones para toda España, algunas

específicas del ámbito sanitario y otras generales de todo el sector público” (Fernández-Lasquetty).

La diferencia, señalaba el consejero, la marcaría el marco jurídico que favorece una forma de gestión concreta cuyo objetivo es la eficiencia, es decir, la evaluación de esa forma de gestión desde un punto de vista económico<sup>242</sup>. Para lograr que la eficiencia sea el principio rector de la sanidad pública es necesario instaurar flexibilidad en la gestión de los centros, especialmente en la contratación de los trabajadores y en la gestión de las compras:

“es que el concepto de plaza en propiedad, para los que abominan de la privatización es interesante que se analice (...) (en la nómina de un profesional sanitario hay muchos complementos porque) tan pronto como ese complemento se estableció, en muchas ocasiones, en el mismo momento de establecerse y si no al cabo de muy poquitos meses, o con la primera sentencia que vino a poner las cosas en su sitio se convirtió en un complemento igual y lineal absolutamente para todos los profesionales con independencia de su trabajo, de su rendimiento y de su efectividad (...) Yo, desde luego, me veo a mí mismo como el último de una cadena que viene de varias décadas de personas que han estado al frente de responsabilidades sanitarias, de partidos políticos diferentes, de mentalidad o ideologías diferentes... animados por hacer lo mejor posible su trabajo y de lograr la mayor eficiencia y lo cierto es que los resultados que se han conseguido no son suficientes” (Fernández-Lasquetty).

Pero la clave fundamental estaría en la introducción de la lógica de la competencia entre centros y profesionales gracias a la posibilidad que tiene el paciente de elegir dónde quiere ir. La libre elección sustenta la promoción de un sistema de incentivos y penalizaciones para los centros y también para los profesionales:

“yo creo que este sistema funciona correctamente, con calidad, el sistema de hospitales con gestión externalizada con una fórmula de financiación capitativa (...) si hay libertad de elección (...) existe un verdadero incentivo para hacerlo bien, porque su principal preocupación es que los pacientes tengan confianza en el hospital y no hayan perdido esa confianza y por tanto se vayan a otro hospital porque en ese caso sí que les crea un verdadero problema financiero (...) (la libre elección) su mera existencia, con independencia del grado de uso que hagan los pacientes, ya sabe que la media más o menos en Madrid es de un 7% (...) significa un incentivo extraordinario a favor de una atención sanitaria de calidad y cuidada a los pacientes como también por cierto a los médicos de atención primaria en la medida en que son la puerta de entrada a la atención especializada y el principal consultor del paciente a la hora de tomar sus decisiones sobre si para esta patología me voy a este hospital o

---

<sup>242</sup> Nótese aquí la diferencia entre “eficacia” y “eficiencia” según señalan Laval y Dardot (2013: 175): “La eficacia tiene como criterio la mejor solución aportada a un problema, mientras que la eficiencia supone evaluar financieramente la solución más económica”.

voy a otro” (Fernández-Lasquetty, consejero de Sanidad de la CAM en diciembre de 2013).

“Se ha comprobado (que la gestión privada en hospitales) es más eficiente, da buenos resultados clínicos y alta satisfacción a los pacientes”, y que el modelo de sociedades en los centros de salud genera “mayores incentivos” y por ende “motivación de los propios profesionales”<sup>243</sup> (Plan Lasquetty).

Con estos dos últimos párrafos que recogen palabras de Lasquetty y de su plan podemos reflexionar sobre la relación entre una lógica que se despliega tanto desde el Estado y sus leyes como en la subjetividad cotidiana: “incentivo”, “satisfacción”, “motivación”, son los términos que usaba el entonces consejero. Se trata de rendir al máximo y, al tiempo, estar motivado, gozar con esa carrera, tanto si se trata de “satisfacer” pacientes como de “elegir libremente” el lugar del tratamiento.

Laval y Dardot hablan del “dispositivo rendimiento/goce” como la forma que tiene el neoliberalismo de actuar sobre el deseo de los sujetos para ponerlos a competir (2013: 358), y de las “clínicas del sujeto” como esos malestares, esas angustias, esas depresiones que van adheridas a una forma de vida de rendimiento y goce sin fin (2013: 366). Además, añadimos, está toda una gama de sentimientos, desde la ligera preocupación, la incomodidad, el malestar, la aflicción hasta la angustia, que también nos gobierna (Alan Hunt 1993). Angustia por ejemplo con respecto al gasto, ese mal endémico que está en las rutinas de uno, tanto si uno es el que receta medicamentos o deriva pruebas como si es el que “consume” sanidad. En una entrevista una compañera médica de primaria relata cómo un colega suyo, para “ahorrar”, había decidido dar solamente una

---

<sup>243</sup> Según el Plan, “el coste total de la asistencia sanitaria especializada de la población de los hospitales de gestión mixta (pública) es de unos 600 euros por habitante, mientras que en los hospitales con modelo capitativo más recientes (gestión privada) este coste medio anual es de 411 euros”. Nunca se llegó a aclarar de dónde salían estas cifras.

receta por visita (marzo de 2014). Así, los pacientes polimedicados debían acudir varias veces a verle, lo que disuadía a algunos. He aquí uno de los dispositivos de introducción de las lógicas de empresa en sanidad — la conciencia de gasto, la subjetividad contable — y uno de sus efectos — la disuasión — en el que se ha apoyado el despliegue de la exclusión sanitaria desde septiembre de 2012.

.....

Recopilemos los dispositivos de introducción de lógicas de empresa que, al tiempo, han servido de apoyo al despliegue de la exclusión: la autonomía, la libre elección; la gestión de sí, la responsabilidad. Son conceptos con una fuerte aceptación, que agregan sentido común. Porque ¿quién puede estar en contra de la autonomía del paciente? ¿Y de evaluar(se) para mejorar la gestión y la calidad? La antropóloga Ainhoa Montoya, en sus comentarios a este capítulo, me señaló cómo algunos autores destacan

“la asociación de la eficiencia (neoliberal) con valores como la libertad, bandera de movimientos emancipadores como el feminista, gay, etc., especialmente en un determinado contexto espacio-temporal (por ejemplo, pensemos en la libertad de elección para abortar). Creo que es importante destacar la resonancia del discurso de la libre elección para el consumo con el vocabulario político de ideologías emancipadoras para entender gran parte de su éxito” (Comunicación personal octubre de 2014)<sup>244</sup>.

Los gestores de sí — que “deciden libremente” y que se “responsabilizan” — pueden experimentar sentimientos de aflicción o de angustia que no tienen porqué plantear un problema. Son parte inherente del trabajo y están adheridos

---

<sup>244</sup> Los autores son David Harvey y Susanne Hoffman, que habla “de la subjetividad de mujeres que trabajan en la industria del sexo y habitan las contradicciones de este discurso de la libertad”. En el número dedicado al neoliberalismo de la revista *Anthropology Matters* se puede encontrar el artículo de Hoffman y el prólogo firmado por la propia Montoya: [http://www.anthropologymatters.com/index.php/anth\\_matters/issue/view/49/showToc](http://www.anthropologymatters.com/index.php/anth_matters/issue/view/49/showToc)

al goce de “hacerlo bien”: ese pinchazo cuando como “clientes” elegimos un centro o un profesional y nos preocupamos por acertar; o cuando como “contables” intentamos no recetar todos los medicamentos para “ahorrar”. Una aflicción/goce que se puede agudizar hasta la angustia cuando el proceso de introducción de lógicas de empresa en el sistema público se representa como una amenaza palpable. Como nos dijo a Óscar y a mí en el invierno de 2012 una médica de un centro de salud: *¿encima me pedís esto ahora que nos están privatizando? Esto* era la medicación de Óscar para tratar su VIH<sup>245</sup>.

Ahora bien, esos sentimientos, y el trabajo interpretativo que los acompaña, también pueden contribuir a la constitución de una guía de acción alternativa que no compita, que no excluya. En el próximo capítulo me ocuparé de estos procesos pero antes terminemos el rastreo de las prácticas de mercado en las que se ha apoyado el despliegue de la exclusión. En concreto, la libre elección del usuario y las evaluaciones formales e informales a las que están sometidos los profesionales.

#### **5.4 Libre elección, una lógica que avanza**

Si durante la Marea Blanca uno de los principales campos de batalla fue la existencia o no de estudios científicos que avalaran la gestión privada de hospitales públicos, la introducción de lógicas de empresa en la sanidad pública sigue adelante sin que ese juego de verdad se haya resuelto. Los objetos de conocimiento y de gobierno bajo la forma de la empresa pueden variar: la lógica de la libre elección sigue avanzando, adaptándose, construyendo otros objetos.

El 30 de noviembre de 2012, con la Marea Blanca en la calles y en los centros sanitarios, se presentó, en la sede madrileña de la Escuela

---

<sup>245</sup> Para entender por qué las situaciones como la que vivimos con Óscar son la norma, ver el epígrafe sobre el decreto del Capítulo 3 en el que se analiza la normativa del SERMAS sobre VIH.



Superior de Administración y Dirección de Empresas (ESADE) en el acomodado barrio de Chamberí, el *II Estudio IASIST. Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión*<sup>246</sup>. El estudio concluía que la gestión privada de hospitales públicos era más eficiente sobre todo por los modos de hacer, “más flexibles”, en cuestiones laborales.

IASIST es una compañía privada que presta sus servicios en el sector sanitario, tanto al sistema público como a empresas privadas. Entre los servicios que ofrece está la producción de estudios y el *benchmarking* con cuyos resultados componen un ranking de hospitales que llaman “Top 20”. Como ponentes en el acto de presentación del informe se encontraban Mercé Casas, presidenta de IASIST, Francisco de Paula Rodríguez, profesor del Departamento de Política de Empresa de ESADE, Jon de Zulueta, presidente de la empresa privada USP Hospitales, ex presidente de Sanitas y presidente del Comité de Sanidad del Círculo de Empresarios, y Fernández-Lasquetty.

Se dedicaron dos terceras partes del tiempo de exposición a la intervención del consejero y aunque se anunció como rueda de prensa no se permitieron preguntas de los periodistas. En sus intervenciones todos los ponentes consideraron negativa la “polémica” que rodeaba al Plan Lasquetty, calificándola de emocional e ideológica, falta de argumentos y de datos objetivos. En palabras de Jon de Zulueta, de lo que se trataba era de “buscar alternativas de gestión que puedan traer un mecanismo de mercado a lo que es la sanidad pública española”.

Varios meses después de la presentación de este informe, cuando el consejero Fernández-Lasquetty ya había dimitido y el plan se había descartado, entrevisté por teléfono a Mercé Casas<sup>247</sup>. Le pregunté cuál había sido el motivo de hacer el informe. Casas respondió que en 2007 se había presentado un primer informe y que en 2011-2012 parecía buen momento para hacer otro porque había más hospitales de gestión privada y además llevaban más recorrido, por lo que se disponía de más datos para comparar. También me interesé por saber si se iban a hacer más informes sobre el mismo tema:

“No necesariamente se hará otro... porque a lo mejor deja de tener interés, después de lo de Madrid (la retirada del Plan Lasquetty) igual empieza a desaparecer (el interés de estudios que traten sobre la gestión privada de hospitales). Se haría si sigue siendo un tema de actualidad. Si

---

<sup>246</sup> Acudí a este evento y tomé notas pero la grabación y la transcripción son de Débora Ávila, a quien agradezco que compartiera este material con todo el colectivo en el que participamos. El informe de IASIST se puede consultar aquí: <http://www.iasist.com/es/noticias/son-mejores-los-resultados-del-modelo-de-gesti-n-hospitalaria-administrativo-o-los-del-empr>. El blog *Médico Crítico* publicó poco después, el 4 de diciembre de 2012, un interesante contra informe: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2012/12/lectura-critica-del-informe-iasist.html> (último acceso a los dos enlaces 11 de octubre de 2015)

<sup>247</sup> Entrevista telefónica con Mercé Casas, que reside en Barcelona, el 27 de febrero de 2014. La entrevista duró 40 minutos y transcribí en el momento y en su totalidad las frases de Casas.

este año (por 2014) decidimos revisar los datos de 2013 seguramente iríamos más por el tema de los crónicos, que está muy de actualidad ahora. Pero el informe no es una serie que repitamos necesariamente” (Mercedes Casas, IASIST).

Diferentes actores en el mundo sanitario están haciendo de su objeto de producción de conocimiento y de intervención a los enfermos crónicos. En el Reino Unido, donde existe un sistema nacional de salud no ligado a la Seguridad Social y, a la vez, la extensión de la lógica de la empresa dentro del sistema sanitario público (NHS) está más extendida que en España, los enfermos crónicos son el objeto de una política sanitaria y social llamada *pro choice* (pro decisión) aplicada también en otros servicios sociales y que pone en el centro la libre elección del paciente como actor en el mercado que compra servicios de cuidado<sup>248</sup>.

En julio de 2013 acudí a un curso de dos días impartido por profesores e investigadores de la London School of Economics (LSE). Se llevó a cabo en la sede de la Fundación Ramón Areces, en una de las calles adyacentes al Paseo de la Castellana. El título del curso era “*Wellbeing and a New Health Policy Agenda*” (Bienestar y una Nueva Agenda Política en Salud). La última sesión se dedicó a la “Personalización del cuidado social (*social care*) para la equidad y la eficiencia”<sup>249</sup>.

---

<sup>248</sup> Hay una amplia literatura sobre políticas *pro choice* en Reino Unido. Desde trabajos teóricos que desgranar la libertad de elección como una de las tecnologías sobre las que se apoya la formación de sujetos pos sociales o neoliberales (Nikolas Rose 1999, Paul Du Gay 2012, Laval y Dardot 2013) a trabajos más empíricos centrados en sanidad. Por ejemplo, los de los profesores de la London School of Economics del curso del que trato a continuación pero también posturas críticas, en especial de la asimilación de la libre elección como autonomía del paciente. Entre ellos, el ya mencionado Tudor Hardt.

<sup>249</sup> Acudí a este curso como una de las alumnas seleccionadas por la Fundación Ramón Areces. Es la Fundación de la cadena de supermercados El Corte Inglés, que recientemente ha comenzado a comercializar seguros de salud (<http://seguros.elcorteingles.es/seguros-de-salud.aspx>) y que en marzo de 2012 firmó un convenio con HM Hospitales para abrir un stand de la empresa en El Corte Inglés de la calle Princesa, en Madrid (*Europa Press*, “HM Hospitales abre un ‘stand’ informativo para vender procesos médicos y quirúrgicos en el Corte Inglés de Princesa”, 13 de marzo de 2013, <http://www.europapress.es/madrid/noticia-hm-hospitales-abre-stand-informativo-vender-procesos-medicos-quirurgicos-corte-ingles-princesa-20130313130916.html>, último acceso 10 de octubre de 2015). Durante los dos días que duró el curso tomé notas, en ocasiones transcripciones textuales, de todas las sesiones. Las notas de la sesión que aquí se usan están publicadas en el *blog* del espacio de reflexión del movimiento Yo Sí Sanidad Universal llamado Ágora, como material para la sesión titulada “Maneras de hacer salud”, marzo 2014, <http://saludypoesia.wordpress.com/2014/04/02/maneras-de-hacer-salud-2-eleccion-individual-pro-choice/> (último acceso 10 de octubre de 2015).

Según el profesor de economía de la salud y los servicios sociales José Luis Fernández, la idea es transferir el proceso de decisión desde el profesional sanitario al individuo bajo la asunción de que los individuos son los que mejor conocen su enfermedad y los cuidados que necesitan: “los individuos saben más”.

La “personalización del cuidado” se aplica a los individuos con enfermedades largas y crónicas y supone, según Fernández, un viraje en el ejercicio del poder, del profesional al individuo y/o sus cuidadores. “Se trata de empoderar; si uno está en el asiento de delante del coche tiene más poder, se siente más poderoso, y se siente más feliz (...) tengo el dinero, si no me das el servicio que quiero iré a buscar otro (proveedor)”.

Este sistema de personalización comenzó con la introducción en Reino Unido de los pagos directos por servicios de cuidado, a los que siguieron los presupuestos individuales y finalmente los presupuestos personales y los presupuestos personales de salud (*personal health budgets*)<sup>250</sup>. Este tipo de práctica consiste en que la administración pone un precio a los cuidados que necesita una persona y le entrega el presupuesto para comprarlos. Un presupuesto que suele ser un poco más bajo de lo que es el precio de esos cuidados “porque se asume que vas a ser capaz de contratar a tu vecino (...) si pagas a tu vecino, es probable que puedas ser capaz de pagar menos que si recurres a servicios formales. Pero también podrías terminar pagando más, porque ahora eres un individuo en el mercado”.

Fernández y otros llevaron a cabo un estudio para encontrar evidencia cuantitativa robusta sobre si con esta política se confirmaban mejoras en la naturaleza de los servicios y la forma en la que son prestados, así como si existe un valor intrínseco de empoderamiento de los usuarios, “el valor de poder decidir”. El estudio se llama *Individual Budget Evaluation (IBSEN study)* y está financiado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Británico<sup>251</sup>. Se trataba de “incrementar la personalización de los cuidados a través de diferentes mecanismos” como el pago en metálico y el presupuesto indirecto que gestiona una tercera parte, ya sea un familiar o tutor o una autoridad local como el ayuntamiento a través de sus servicios sociales. Es decir, el objetivo último del estudio era proporcionar datos para facilitar la extensión de una política pública:

---

<sup>250</sup> Otros términos que se usan son “*consumer-directed*” (dirigido por el consumidor) y “*person-centred*” (centrado en la persona). Según informó Fernández, en 2015 el gobierno británico quiere haber ofrecido esta opción a todas las personas con enfermedades largas y graves, a personas con discapacidades, etc. Uno de los documentos que explicita esta política como una de las que serán capaces de incrementar la “eficiencia” del NHS y “liberarlo” de sus “rigideces” es el *white paper* producido por el Departamento de Sanidad del gobierno británico, titulado *Equity and Excellence: Liberating the NHS* (Equidad y Excelencia: Liberando el NHS). Se puede consultar aquí: <https://www.gov.uk/government/publications/liberating-the-nhs-white-paper>

<sup>251</sup> <http://php.york.ac.uk/inst/spru/research/summs/ibsen.php> (último acceso 24 de octubre de 2015)

“el estudio estaba pensado para asesorar al ministro en su decisión de implantar o extender la medida. No teníamos los resultados aún pero ellos (el Ministerio de Sanidad) anunciaron que el estudio estaba dando evaluaciones muy positivas e implantaron la medida (...) Luego el gobierno tuvo problemas con la primera evaluación porque los datos no eran tan buenos”<sup>252</sup> (José Luis Fernández, LSE, julio de 2013).

En palabras de Fernández, las personas con un presupuesto personal “se sentían más en control de sus vidas”. Había, señaló, evidencias de resultados en mejoras de calidad de vida pero no de resultados en mejoras de salud<sup>253</sup>. Más allá de la discusión sobre metodología, las relaciones entre investigación y políticos profesionales y la instrumentalización, aquí interesa preguntarse por la asunción de que el *pro choice* es el modo de hacer “adecuado”. El *pro choice*, para Fernández, era sentido común. O más bien estaba ya instalado en el sentido común, era marco de inteligibilidad de la política pública incluso antes del estudio:

“En Inglaterra la elección y la personalización se están implantando con fuerza en todos los servicios públicos (...) todo el mundo está a favor de la elección. Es muy difícil encontrar a alguien en contra”<sup>254</sup> (José Luis Fernández, LSE, julio de 2013).

Uno de los asistentes a esta sesión, médico y profesor de salud pública, planteó una pregunta. La propuesta, señaló, tenía una parte buena, la de “dar” autonomía a la persona. Pero a la vez podía tener resultados no justos. Por ejemplo, si existen problemas entre el cuidador y la persona enferma que pueden constituir una situación de abuso de una parte por la otra en la que desequilibrios y vulnerabilidades no hacen posible que se pueda “elegir” otro cuidador u otro trabajo.

La respuesta de Fernández: habrá que poner en juego un sistema de incentivos y de penalizaciones, de controles y evaluaciones, para guiar las conductas hacia la eficiencia. Sobrevolamos así el cuestionamiento sobre una racionalidad determinada que dice que es a través de la elección

---

<sup>252</sup> Fernández comentó, acerca de la evidencia estadística, que en economía un 80-90% no es suficientemente robusto pero es “generalmente positivo”, si bien los políticos lo pudieron interpretar como una evidencia “suficientemente científica”.

<sup>253</sup> Según Fernández, en cuanto al coste-efectividad, hay alguna evidencia de que se mejore, sobre todo en grupos de personas con problemas mentales y con personas que reciben de forma continuada atención del servicio público de salud, pero no hay evidencia en grupos de personas mayores. Las personas con el presupuesto individual con pago directo se gastaban el 64% del mismo en asistente personal; el 20% en cuidado de la casa; el 43% en actividades de ocio; el 24% en vacaciones cortas; y el 23% en otros. Los que tenían presupuestos manejados por una tercera parte: 47% en asistente personal; 40% cuidado de la casa; 24% actividades de ocio; 15% vacaciones cortas; 21% otros.

<sup>254</sup> Condicionar decisiones clínicas a factores económicos, como lo es contar con un presupuesto fijo y cerrado, recibe el nombre de “medicina gestionada”, del inglés “*managed care*”, que en Europa comenzó con las políticas que puso en marcha Margaret Thatcher en Reino Unido en la década de 1980 (Ana M. Costa Alcaraz, Fernando Calvo Rigual y Juan Carlos Siruana-Apansi 2013).

como sujeto en el mercado como se consigue la autonomía y que esta autonomía individual, así definida *vis a vis* la interdependencia, tiene valor en sí misma.

A pesar de la afirmación tan tajante de Fernández sobre el consenso en torno a la libre elección, tanto el concepto como su práctica se discute, y no para todos los actores autonomía es igual a libre elección en el mercado. En un texto lleno de ironía publicado en el *British Medical Journal*, el médico e investigador Oliver Ellis (2013) describe su personal “agonía de la elección”: sentado en un quirófano, con fuertes dolores, medicado y a punto de ser operado de urgencias, el anestesista le pregunta si cuando despierte de la laparatomía prefiere que le pinchen morfina — “que le hará sentir enfermo” — o epidural — “que conlleva riesgo de daño en el nervio” —. Ellis argumenta que los presupuestos personales en salud son una forma más de desplazar la responsabilidad de la provisión de la sanidad desde el Estado a los individuos, con resultados que pueden producir más agonía y menos bienestar.

#### 5.4.1. Una lógica de prácticas adaptable

La libre elección no es una lógica cerrada, sino más bien una lógica de prácticas, una lógica que se constituye cuando varias prácticas funcionan juntas. No se opone a las estructuras burocratizadas que zonifican el territorio y asignan a cada zona unos pacientes. La noción de autonomía entendida como libre elección del cliente entra a jugar sobre el terreno con otras prácticas que, en principio, serían contrarias a ella. En el caso de Madrid, aunque exista un Área Única por la que el usuario-cliente se puede mover para escoger dónde y con quién se quiere tratar, la búsqueda de beneficio en el caso de los centros privados, o la de no incurrir en “gasto” en el caso de los centros públicos hace uso de la persistencia en la práctica de las zonificaciones históricas. Los efectos

pueden ser letales para las personas sin tarjeta sanitaria, en especial si el centro de salud que les “corresponde” les deniega la atención sanitaria y al recurrir a otro diferente les dirigen de vuelta a donde “pertenecen”.

Para ejercer la libre elección, el paciente no puede solamente aparecer por un centro sanitario diferente del que le corresponde por empadronamiento, en especial si se trata de medicina especializada. En el SERMAS la libre elección de especialista se debe hacer en cada cita con el especialista. No solo eso. Las citas con especializada se dan ahora por teléfono: un *call center* privado llama a la persona y le ofrece la cita. Es en esa primera oferta en la que la persona ha de explicitar que quiere ejercer la libre elección, rechazar la cita ofrecida y proponer otra. Y hay que hacer esto cada vez, cuando estás enfermo, *como si las personas enfermas tuvieran todo el margen de maniobra para tomar decisiones y hacer todos los papeles*. Son palabras de Pedro, médico de un servicio de VIH-sida en un gran hospital de Madrid, al que entrevisté a finales de marzo de 2014. Durante la Marea Blanca Pedro, que estaba “adscrito” por residencia a un centro de gestión privada, se unió a la campaña del colectivo P.A.T.U.SALUD que subvertía la lógica de la libre elección. Proponía a la gente que la ejerciera para rechazar acudir a hospitales de gestión privada escogiendo centros “100% públicos”<sup>255</sup>.

Que un paciente escoja otro centro diferente al que no “pertenece” supone un problema para los hospitales de gestión privada que cobran por el modelo per capita. Si un centro de gestión privada pierde pacientes es penalizado por ello cuando hace cuentas con la Consejería de Sanidad al final del ejercicio. Para los centros públicos también supone gestiones con respecto a la facturación

---

<sup>255</sup> Campaña “Yo elijo 100% pública” de P.A.T.U.SALUD:  
[http://www.patusalud.es/wp/?page\\_id=6380](http://www.patusalud.es/wp/?page_id=6380)

intercentros: aunque no hay pérdida de beneficio sí hay consignación de “gasto”. Ya hemos visto más arriba las prácticas para evitar o alentar, según el caso, derivaciones de pacientes.

¿Quiere esto decir que la idea de la libre elección se “corrompe” al entrar en contacto con la antigua burocracia? ¿O que es meramente una ideología que actúa como cortina que esconde una estrategia dirigida a favorecer a las empresas privadas? Si lo analizamos con la lente de la gubernamentalidad, tenemos que responder que no. Aunque con dificultades, Pedro y otras muchas personas pudieron hacer uso de su libre elección para desbordar su lógica, pero hay condiciones de posibilidad para poder hacer ese uso que tienen que ver con materialidades como contar o no con permiso de residencia, con tarjeta sanitaria, con transporte para poder desplazarse, con todo aquello que la política de la libre elección no cuenta.

En los más de dos años que llevo acudiendo con regularidad a varios centros de salud de Madrid capital he comprobado que es algo cotidiano decir a la persona que “le corresponde” un centro de salud, o de especialidades y/o un hospital; que la persona “pertenece” a ese centro en concreto. Este “pertenecer” a un centro de salud, o de especialidades o a un hospital concreto tiene que ver con la organización del SERMAS en áreas antes de la llegada del área única. Los modos de hacer del pasado pueden tener continuidad en prácticas actuales por las que los profesionales del SERMAS así como los usuarios siguen usando en su cotidianidad áreas de pertenencia. También hay un sentido práctico: las personas suelen preferir acudir al centro sanitario más cercano a su vivienda y/o su lugar de trabajo y este suele coincidir con el que le “corresponde”. Para las personas que no tienen tarjeta sanitaria, la “pertenencia” ha sido una de las

herramientas burocráticas que ha puesto las cosas más difíciles: a Amin (como a muchas otras personas) no le dieron de alta en el hospital porque debía ir a su centro de salud, “donde corresponde”. De hecho, para obtener ese alta durable en el sistema informático del SERMAS la persona ha de acudir al centro de salud que tiene asignado por padrón. Esta “pertenencia” ha sido clave en los mostradores para cerrar siquiera una primera negociación: *tiene que ir a otro centro, este no es el que le pertenece*. Pero también ha sido una de las herramientas de lucha: los grupos de acompañamiento del movimiento Yo Sí Sanidad Universal, organizados por barrios, acuden al centro sanitario “que toca”, en vez de a los que saben que dan altas. Se trata de partir de lo que hay y actuar sobre los centros para servir de palanca para la transformación. Haciendo presente y visible la situación y la necesidad de los vecinos sin tarjeta y compartiendo maneras de poder prestar atención normalizada se puede constituir una guía práctica para la acción que construye sanidad universal desde el lugar en el que se está.

### **5.5. Evaluaciones formales, valoraciones informales y exclusión**

De la mano de la libre elección viene la transparencia. Si el sujeto toma decisiones racionales de las que es responsable debe contar con la información que le permita elegir. Para contar con esa información es necesaria la recogida de datos en consulta y de forma individualizada. Transparencia y libre elección se conectan a través de las cada vez más desarrolladas técnicas de evaluación en las que, desde el punto de vista de la gubernamentalidad no importa tanto cómo se mide sino el hecho mismo de medir y medirse a sí mismo, convirtiendo en objeto de conocimiento y de gobierno a los que se miden y son medidos (Laval y Dardot 2013). De la amplia literatura de corte foucaultiano que existe a este respecto



cabe destacar aquí al sociólogo Juan Irigoyen y su artículo “La reestructuración de la profesión médica”<sup>256</sup>. Irigoyen argumenta que “la explosión de la gestión, portadora de un nuevo proyecto y una nueva gubernamentalidad” se expande en la sanidad mediante técnicas que llama disciplinarias entre las que se encuentra la evaluación. Esta técnica se encuentra con un campo social reticente, el de los profesionales médicos, algunos de los cuales, los que ostentan jerarquías más altas, aún conservan un grado de autonomía que disminuye a medida que se precarizan los puestos laborales, sobre todo los de los más jóvenes (Irigoyen 2010). Además de disciplinar, la evaluación también conforma condiciones de posibilidad que dan forma a subjetividades concretas (Laval y Dardot 2013).

En marzo de 2014, dos compañeras, la investigadora Marta Malo y Ana, médica de primaria que ha visto nacer el sistema madrileño de salud, hablaban de evaluación. Ana comentaba que los sistemas de evaluación en el SERMAS se introdujeron a principios de la década de 1990; se diseminaron una serie de ítems con los que se iba a medir la actuación de los centros de salud. En un momento en el que se estaba implantando un modelo nuevo de atención primaria inspirado en la salud comunitaria la evaluación, decía Ana, parecía adecuada para apoyar ese cambio y dejar atrás modos de hacer del franquismo basados en la autoridad del médico por encima no sólo de la autonomía del usuario sino también de la evidencia científica. “No lo vi venir”, dice Ana en un momento de la charla; que la evaluación era uno de los instrumentos por los que se introducía la lógica de empresa en los modos de hacer de los profesionales del SERMAS. “La batalla fue en lo (que parecía) técnico”.

En 1994 llegó el contrato-programa, que establece una relación contractual entre los centros de salud y la dirección asistencial del SERMAS. El contrato-programa es un documento que fija unos objetivos y actividades anuales a realizar por el centro de salud que tienen que ver tanto con cuestiones clínicas como laborales. El cumplimiento de los objetivos determina en parte el presupuesto anual del centro; se evalúa anualmente y va ligado al cobro de incentivos<sup>257</sup>.

---

<sup>256</sup> La referencia de Juan Irigoyen se la debo a Elena Aguiló.

<sup>257</sup> Para una explicación del contrato programa desde la institución que lo implantó, la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, ver el artículo de Carmen Martínez Aguayo y Santiago Martín Acera 1994.

Ahora, los profesionales sanitarios del SERMAS tienen en su ordenador unos indicadores que deben ir cliqueando cada vez que ven a un paciente en consulta. Esto no sólo requiere tiempo sino que marca modos de hacer.

En abril de 2014, en otra charla de compañeros, esta vez entre Carlos, un veterano médico de atención primaria, y yo, él comentaba que todo lo que no se puede clicar no existe para la estadística final. En el trabajo por objetivos el que manda es “el ordenador”, señalaba, y en vez de medir resultados en salud, lo cual es muy difícil, se mide el registro del proceso. Para Ana, este sistema de evaluación e incentivos se pudo introducir con la informatización de la Atención Primaria, que permite mediciones individuales. Una evaluación informatizada que, insistía, no produce efectos totales e iguales: se puede dar la vuelta según la seguridad con la que el profesional cuente en su trabajo. Y, señalaba Ana, también puede tener una parte útil si los datos se usan en el trabajo diario de la consulta.

Al circuito evaluación-incentivos Carlos le añadía una tercera pata que no se refleja explícitamente sobre el papel: las penalizaciones, a las que son más vulnerables los profesionales en situación precaria. Los incentivos, comentaba, no suponen una diferencia importante en el sueldo a final de mes; pero lo que sí puede determinar que te quedes o no en el centro de salud a final de año es la valoración de tus formas de hacer por parte de tus compañeros. Si el coordinador o la jefa de auxiliares dice “oye, este mes vamos fatal con la facturación a terceros”, eso puede (o no) constituir una guía para la acción asociada a una valoración por parte de los pares y de los superiores.

A este respecto, Carlos relataba: “yo he tenido casos... un enfermero que tenía antes en el otro centro que era una persona bastante eh, vamos a decir (risas) poco humana y poco amante de su trabajo, donde el paciente ha pasado a mi consulta a enseñarme una úlcera en un pie, muy típico de los diabéticos, y venía de la consulta del enfermero donde había hecho un clic en “pies bien”. Si no descalzas al paciente no lo ves pero claro, descalzarle lleva tiempo, hay que explorar, ver que su piel está intacta, que los pulsos están bien, y hacer clic lleva poco tiempo y además el sistema reconoce (un trabajo que no se ha hecho). El asunto es ¿puedo hacerlo todo o puedo elegir? Si elijo comunicarme contigo dejo de hacer lo otro y el sistema dirá: no estás haciendo las cosas bien”.

(La entrevista con Ana la hizo la investigadora y compañera Marta Malo, que compartió el audio conmigo (marzo 2014). La entrevista con Carlos la hice yo y la compartí con Malo (abril 2014). Tanto Ana como Carlos son veteranos médicos de Atención Primaria en Madrid, participantes en proyectos de salud comunitaria y compañeros de lucha por la sanidad pública y universal)

Encontramos aquí, en este ejercicio de rastreo, otros dos dispositivos de introducción de lógicas de empresa que han servido de puntos de apoyo al

despliegue de la exclusión: la evaluación informatizada, individual y jerárquica de los profesionales y la valoración “informal” por los pares y los superiores, que puede llegar a determinar los modos de hacer universalidad o exclusión sanitaria. Y lo hace de una manera muy específica si se ocupa el puesto de auxiliar administrativa, la puerta de acceso al sistema. En el próximo capítulo abordo la relación del despliegue de la exclusión con las cadenas de sentimientos y trabajo interpretativo que se tejen en el quehacer diario de profesionales sanitarias y auxiliares administrativas.

Un quehacer que también se aborda en el decreto de exclusión sanitaria, si bien esta ha sido la parte menos discutida de este texto legal. Por ejemplo, el Capítulo V, dedicado a Recursos Humanos, incluye una modificación del Estatuto Marco del personal estatutario donde se incide en la necesidad de evaluación de los profesionales para poder determinar las retribuciones complementarias “vinculadas precisamente a la productividad, al rendimiento y, en definitiva, al contenido y alcance de la actividad que efectivamente se realiza”.

.....

## La historia de Nena y Ale

En la primavera de 2013 Verónica, una compañera, y yo conocimos a Nena y Ale, una pareja de mujeres de entre 40 y 50 años que vivían en Madrid desde hace un año y medio. Su periplo pasaba por Irlanda, después por Méjico, de donde es Nena, más tarde por Barcelona para pasar una temporada en Italia, de donde es Ale, y finalmente Madrid. En Madrid Nena trabajaba dando clases de matemáticas a niños con problemas de dislexia. Trabajaba por horas con varias familias pero con ninguna tenía contrato. Ale estaba en paro. Desde el principio nos contamos las cuatro muchas cosas y ellas han sido las únicas personas que he acompañado a los centros sanitarios con las que luego he tenido una charla con grabadora<sup>258</sup>. Las dos tenían papeles, manejaban perfectamente el castellano y sentían que tenían redes familiares y profesionales en las que poder apoyarse. Además, las dos pero sobre todo Ale, tenían deseo de que se contara su experiencia: “nosotras queremos contar, porque nosotras tenemos apoyo pero ¿cómo lo pasa la gente que no (lo tiene)?”, decía Ale. Ale tenía una relación ambivalente con esos “otros” que imaginaba sin apoyo, y la hacía explícita: ellas habían luchado mucho para poder viajar, conseguir papeles... y allá en Italia el gobierno “le da todo, y gratis, a muchos inmigrantes sin papeles”.

Nena y Ale tardaron más de un año en conseguir los papeles para Nena: “hemos vivido la ley en nuestras carnes, en nuestra vida”, decían. Esto a pesar de que Ale es ciudadana europea (italiana) y están casadas. Los requisitos son cada vez más difíciles. Uno de ellos es contar con un seguro de salud privado, que Nena contrató con la empresa Sanitas. A los pocos meses de obtener los papeles Nena comenzó a sentir dolor y a notar un bulto en la garganta. En Sanitas le diagnosticaron un problema de tiroides que necesitaba una operación. La persona con la que habló en el seguro le dijo que probablemente no se aprobara esa operación porque llevaba poco tiempo (cuatro meses) como cliente y se podía alegar que era una enfermedad previa a la firma del contrato. En ese momento Nena y Ale, asustadas, decidieron ver qué se podía hacer por el lado de la sanidad pública.

El problema de Nena era muy parecido al de la familia de Saiful, aunque con alguna diferencia. Nena había obtenido su permiso de residencia por familiar de ciudadano de la UE después del 24 de abril de 2012. Estaba afectada pues por la instrucción interna del INSS. Como estaba casada con Ale, podía ponerse de beneficiaria de la tarjeta sanitaria de Ale, porque los cónyuges sí pueden ser beneficiarios. Pero Ale no tenía esa tarjeta. Era italiana y en su país cuando se marchó le habían dado un documento que no era la Tarjeta Sanitaria Europea; era un documento que decía que tenía cobertura sanitaria en España, pero solo durante tres meses y solo era válido para ella, no para su esposa. Vero y yo fuimos en dos ocasiones con

---

<sup>258</sup> Todo el periplo que hicimos las cuatro está registrado en el informe de “Un año de exclusión, un año de desobediencia” y en el registro online REDES.

Nena y con Ale al INSS, a dos oficinas diferentes, a ver si se podía conseguir la tarjeta sanitaria para una de ellas o para las dos.

*Sabes que ahora en este país estamos muy mal, antes se podía pero ahora ya no...*, nos dice la funcionaria de la primera visita. Pregunta tanto a Nena como a Ale si han cotizado alguna vez en España. No. Ale dice: *claro, (esto pasa porque) estoy sin trabajo*. La funcionaria saca un taco de folios donde hay partes subrayadas con fosforito amarillo, se levanta a la fotocopiadora donde escuchamos que comenta la situación con una compañera que coincide en que se necesitan más papeles que los que llevamos. Vuelve y escribe con un bolígrafo sobre documentos antiguos de solicitud de la tarjeta sanitaria de sin recursos los requisitos nuevos *de la ley de abril*: certificado de hacienda que informe de los ingresos de la persona y un certificado del sistema sanitario italiano que diga que la cobertura de Ale allí no es exportable a España. La idea, señala la funcionaria, es poder dar la tarjeta a Ale y poner a Nena de beneficiaria, ya que son un matrimonio. Ale muestra muchas dudas sobre la posibilidad de conseguir los papeles de Italia. *Ese papel no lo vamos a poder conseguir*, dice, mientras la funcionaria reconoce que ella no ha visto un papel como ese en su vida y no sabe si, de conseguirlo, será necesaria una traducción jurada: *esto sobre todo se ha hecho por los rumanos, que venían aquí a operarse aunque estuvieran cubiertos en su país, o algo así*, nos explicó.

Ale consultó con su familia en Italia si era posible conseguir el papel que le pedían. No lo era, allí nadie sabía qué era eso, le decía su madre desde Roma. En nuestra segunda visita al INSS, el funcionario intentó ver las posibilidades pero concluyó lo mismo: mientras Ale no tuviera el papel de Italia no era posible darle la tarjeta sanitaria y, por tanto, tampoco a Nena. El funcionario, cuando le preguntamos si se le ocurría cómo podíamos solucionar la situación, nos sugirió que hiciéramos una denuncia pública, que mandáramos cartas al ministerio de sanidad, porque *ahora lo que han hecho es que se ocupen dos ministerios, el de la Seguridad Social y Sanidad*. En el INSS no valía la pena poner reclamaciones: *sólo seguimos el programa (informático)*; son los médicos y los centros sanitarios los que tienen *la responsabilidad final* si quieren o no atender; *antes aún había dispensarios, como el de Médicos del Mundo, luego los quitaron y ahora llega esta nueva ley y no hay nada*.

El siguiente paso que decidimos dar fue ir al centro de salud. Tras unos titubeos de la auxiliar que nos atiende aparece por detrás de ella otra que se muestra muy segura: *si no tiene derecho se le tendrá que facturar. Se tendrá que ir a un centro privado*. Su figura, envuelta en una camiseta que reza "No a los recortes, sanidad pública", se dibujaba sobre un fondo de pancartas contra la privatización. Estamos en plenas protestas masivas contra el Plan Lasquetty. Argumentamos con ellas que se trata de una entrada por urgencias y que no se puede negar ese acceso. Finalmente nos ponen en la lista de pacientes para la médica que está ese día de urgencias.

Tras la espera en una sala abarrotada pasamos a la consulta con la médica, que nos cuenta que no va a facturar la atención y que está *muy cabreada* con esta ley. De hecho, coge el teléfono y llama a alguien para consultar. La escuchamos: *oye, que tengo aquí...* y también *que facture su padre*. A pesar de que le comentamos que puede probar a usar nuestros materiales para hacer la derivación directamente al especialista que necesita ver Nena, ella cree que es mejor que vayamos con un volante a las urgencias del hospital y que nos den la cita con el especialista desde ahí y, si no funcionara, podríamos volver al día siguiente por la mañana.

Vamos al hospital. En el mostrador no nos ponen ningún problema, quizá porque vamos con un volante de la médica del centro de salud, porque en otras ocasiones en ese mismo hospital al ir sin tarjeta sanitaria nos han pedido firmar un compromiso de pago<sup>259</sup>. En el cristal del mostrador hay dos papeles pegados: uno con los precios de diferentes tipos de atención en urgencias (urgencias no ingresadas general 180€; traumatología 190€); otro es un texto contra el Plan Lasquetty titulado “¿Por qué no tenemos que colaborar con los gestores sanitarios?”. Una de las respuestas es: “quieren expoliar un sistema que hemos construido todos los españoles con mucho esfuerzo”.

Llaman a Nena. Pasa ella sola, como se suele hacer en la mayoría de las situaciones. Son momentos bastante confusos. Nena nos llama para ir contándonos lo que ocurre, nos dice que preferiría que hubiera alguien con ella para hablar con la médico residente que la está examinando y explicarle que no tiene tarjeta sanitaria, para que vea cómo puede asegurarse de que vamos a poder tener citas con especialistas una vez le den el alta de urgencias. Alrededor de una hora después Nena sale con un papel de alta de urgencias donde se solicita una cita con un especialista, con carácter preferente.

La cita se pide en otro edificio del hospital, que se llama Consultas Externas. Cuando llegamos hay un gran mostrador blanco con varios puestos de trabajo para los auxiliares administrativos y, por tanto, varias colas. Nos colocamos en la cola del primer mostrador. Le entregamos los papeles al auxiliar, que nos pide la tarjeta sanitaria. No tenemos. Él intenta llamar por teléfono, consulta con su compañera que no le presta mucha atención. Mira varias veces el ordenador y adopta paulatinamente una postura corporal cada vez más tensa: al principio nos atiende de pie, como si fuera a ser algo rápido y sin esfuerzo y lo pudiera hacer así; luego se sienta, se inclina sobre el ordenador, levanta la cabeza y se pone muy recto. Finalmente nos anuncia: *pues no te voy a dar la cita, no puedo dar la cita si no hay un número detrás, si no está respaldada por una cobertura detrás, y aquí no hay*. Intentamos explicar que la cita es producto de decisiones médicas de una profesional de atención primaria y de otra de

---

<sup>259</sup> En el informe “Un año de exclusión, un año de desobediencia” aparece un compromiso de pago de este hospital. En el verano y en el invierno de 2015 tuvimos conocimiento de dos ocasiones en las que se entregaron compromisos de pago en las urgencias de este hospital, la primera de ellas a una mujer embarazada, a la que le informaban que tenía que pagar 90 euros.

urgencias pero el tema en el mostrador es que Nena *no está en el sistema*. Le preguntamos si no puede dar la cita porque es imposible técnicamente o si no la da porque cree que no puede: *No debo. Yo podría hacer la mayor burrada pero no debo. Yo voy a las manifestaciones (de la Marea Blanca) y todo eso pero yo no puedo dar la cita con mi DNI porque esto lo ve la consejería y yo, yo como de esto*<sup>260</sup>.

Le decimos que queremos poner una reclamación. Las reclamaciones en el SERMAS, las que se ponen por escrito, son importantes, se revisan y se tienen en cuenta: se hacen sesiones para hablar de ellas y se narran en forma de estadísticas que luego se revisan y son base para asignación de recursos. El auxiliar nos manda a Atención al Paciente, que está en otro edificio.

Allí nos recibe una mujer que luce una chapa contra los recortes en sanidad. Escribimos la reclamación entre las cuatro en una sala pequeña que tiene una mesa con una silla y un ordenador y otras dos sillas al otro lado de la mesa. Dos de nosotras nos sentamos, las otras dos permanecemos de pie y la mujer que nos ha recibido entra en la sala, se sienta frente a nosotras y se interesa por el motivo. Se lo contamos. Nos dice que *esto pasa con las comunidades (autónomas), si viene alguien de Alicante... mi hija que vive en Ginebra tampoco la cubre, tendrá que ser la cobertura del país donde reside, tendrá que estar empadronada; que ahora la ley es muy clara en eso*.

Hay profesionales a las que no les gusta esa ley y quieren atender a todo el mundo, le respondemos; para ella *eso es una cuestión personal*. El Plan Lasquetty y los recortes también son leyes, proseguimos; para ella *eso es diferente*. Cuando estamos terminando aparece otra mujer en nuestra sala que comienza a hacer preguntas de nuevo: *¿pero qué cobertura tiene?* Estamos cansadas. No prestamos mucha atención a las preguntas.

Esta historia es todo un periplo por los diferentes lugares por los que puede pasar una persona que necesita asistencia sanitaria y se la niegan por no tener tarjeta sanitaria: oficinas de una aseguradora privada, oficinas del INSS, mostrador de centro de salud, consulta del médico, mostrador de urgencias de un hospital, triage de urgencias, mostrador de citas de un hospital, oficina de Atención al Paciente, mesa de reclamaciones... Una mañana entera, de 10 a 15 horas.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, este periplo no se da. En la mayoría de los casos la gente acude a su centro de salud, le dicen que no y se va a su casa sin que nadie más se entere. Cinco, diez minutos si hay cola. Si la persona está muy enferma, quizá acuda a las urgencias de un hospital para luego recibir una factura que es muy probable que no pueda

---

<sup>260</sup> En el caso de Nena, que tenía NIE, de acuerdo con las instrucciones del SERMAS cabía la posibilidad de que no pudiera darse ese alta. Nunca supimos si ésta era o no la razón por la que el auxiliar no daba la cita, pues él nunca aludió a esas normas para explicar su postura.

pagar, por lo que seguirá su curso y se convertirá en una deuda con Hacienda. Puede que la próxima vez no vaya.

(Relato escrito en el verano de 2015 a partir de las notas que tomamos en el periplo narrado y de la entrevista con Nena y Ale en la primavera de 2013).



## **6. DEL SENTIMIENTO Y DEL TRABAJO INTERPRETATIVO EN LA BUROCRACIA**

La historia de Nena y Ale está plagada de trámites y prácticas burocráticas. El papel de Italia, la fecha del NIE, la casilla en la base de datos del INSS, el volante de la médica de atención primaria, el alta de urgencias, el de las citas que nunca se dieron, la reclamación... Lejos de ser un ejemplo de indiferencia burocrática, en esta historia se respiran sentimientos, en diferentes tipos y grados según las personas que aparecen en ella. Lejos de ser un ejemplo de la ceguera burocrática que actúa automáticamente, en esta historia encontramos, en cada escena, un trabajo interpretativo de cada una de las personas que participan de ella. Como si fuese la otra cara del dispositivo rendimiento/goce (Laval y Dardot 2013), está la sensación de carga de trabajo que no termina, de despojo de las herramientas adecuadas para hacerlo bien, de incomodidad por las tareas que ya no se pueden hacer y por las que hay que hacer en su lugar, que suponen más burocracia.

A esas sensaciones cotidianas de carga y de despojo les hablan dos relatos, el del “abuso” que se hace del sistema sanitario, en especial por parte de los extranjeros, y el de la consecuente “amenaza” bajo la que está el propio sistema. La universalidad, tomada como un valor en sí mismo, no relacional, se construye en esos relatos poniendo en el centro lo que queda fuera (Feldman y Ticktin 2010): el que no debería entrar, el que no debería poder beneficiarse. Incluso Ale, que sufre en sus propias carnes los efectos de una práctica que la excluye, recurre a ese relato del abuso (“a los sin papeles les dan todo gratis”) para explicarse lo que le pasa.

En este capítulo vamos a explorar esas cadenas de sentimientos y

sensaciones como un dispositivo de una forma de gobierno que puede dejar morir pero también desencadenar guías de acción que nos permitan hacernos cargo las unas de las otras y sostener las vidas.. En estas cadenas tiene un papel fundamental la burocracia, la plenitud de trámites burocráticos que se hacen en los centros sanitarios. Una burocracia en la que se invierte sentimiento y trabajo interpretativo, en un gradiente que va desde el dejar hacer hasta el hacerse cargo de la situación concreta, *y de todas las demás que vendrán*.

Dejar hacer es, por ejemplo, no dar una cita para la que el uso habitual del sistema informático no encuentra casilla. O no quitar los carteles que se pueden encontrar a las puertas de las urgencias de los hospitales y en los centros de salud, que informan de que se necesitará mostrar la tarjeta sanitaria para recibir cualquier tipo de atención. Muchos de ellos llevaban ahí colgados desde 2010, ya que un decreto de esa fecha establecía el mandato de identificar a las personas que aparecían por un centro sanitario, entre otras razones para poder contar con una historia clínica unificada de los pacientes. Desde septiembre de 2012 se tornaron en aberración jurídica, pues precisamente las urgencias son la puerta que deja abierta el RD-l 16/2012 a las personas a las que les quita la tarjeta sanitaria. Su efecto disuasorio hizo que varios colectivos pusieran en marcha campañas para sustituirlos por otros que informaran de qué atención podían recibir las personas sin tarjeta sanitaria<sup>261</sup>. Dejar hacer es también seguir usando

---

<sup>261</sup> Para consultar la campaña que se hizo para que se quitaran esos carteles de las urgencias del Hospital de Segovia, ver: <http://yosisanidaduniversal.net/actua.php/reclamacion-al-hospital-de-segovia>. La Sociedad Madrileña de Medicina de Familia ha producido unos carteles alternativos que informan en positivo:

<http://www.somamfyc.com/Portals/0/Ficheros/2013%20SoMaMFyC/Varios%202013/Cartel%20At-Inmigrante.pdf> (último acceso 10 de septiembre de 2015). También los colectivos Jo Sí Sanitat Universal en Valencia y Yo Sí Sanidad Universal en Alcalá de Henares han recorrido centros de salud y hospitales reuniéndose con gerencia y charlando con usuarios para que se quiten esos carteles. Ver P.G. del Burgo / Europa Press, "Sanidad admite que hay 'algún caso' de cobrar la urgencia a los 'sin papeles'", *Levante El Mercantil Valenciano*, 4 de abril de 2015

los mismos documentos de identificación en las urgencias de los hospitales, unos documentos que no tienen casilla para las personas que no pueden tener tarjeta sanitaria y no tienen ningún seguro detrás. En virtud de estos documentos a estas personas se las da de alta como “paciente privado”, un procedimiento que creó la LGS en 1986 en su artículo 16 y que inicia automáticamente un proceso de facturación. Un dejar hacer que se ha hecho no cambiando los procedimientos anteriores a la ley, aunque se conociera que eso implicaba que no se pudieran cumplir las excepciones que contempla la ley. En otras ocasiones se ha controlado directamente el uso que se hacía de esas excepciones para que fuera lo más restringido posible.

La burocracia, en su dimensión cotidiana, se materializa en documentos en papel o informáticos que son mediadores de relaciones: del documento con el objeto al que se refieren (Matthew S. Hull 2012) y de los sujetos que escriben en los documentos (Akhil Gupta 2015). Escribir es una de las formas de acción más importantes del trabajo burocrático y, por tanto, hay que prestar atención a cómo esa acción estructura la propia burocracia y las relaciones que se dan en ella (Gupta 2015).

En su reflexión sobre la burocracia, el sociólogo Pierre Bourdieu la coloca como parte de la formación del Estado en un proceso que es una acumulación de capitales. En “Espiritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático” (1993), Bourdieu señala que el Estado ha acumulado fuerza física, capital económico y capitales informacional y simbólico, estos dos últimos claves para la burocracia: el Estado trata la información y opera una unificación teórica sobre

---

<http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/04/04/sanidad-admite-hay-caso-cobrar/1246893.html> y <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/se-retiran-los-carteles-disuasorios> (último acceso 10 de septiembre de 2015).

ella y la redistribuye (1993). Es decir, la burocratiza en formularios e impresos y, al hacerlo, modula también las estructuras mentales, las formas de pensamiento. El capital simbólico es ese que produce categorías sociales por las que las personas pueden conocer y reconocer algo y darle valor, incluidos esos formularios e impresos. Bourdieu usa el ejemplo de cómo un certificado médico “moviliza un capital simbólico acumulado en y por toda la red de relaciones de reconocimiento que son constitutivas del universo burocrático”; el certificado es “un acto social simbólicamente eficaz” porque está firmado por alguien cuya autoridad está autorizada por el Estado, “banco de capital simbólico que garantiza todos los actos de autoridad” (1993: 10). Bourdieu está interesado en analizar cómo el Estado “crea” seres sociales en cuanto a lo que tienen derecho a hacer, cómo determina realidades sociales, un sentido común del que los sujetos forman parte tanto para percibir esas realidades como para reproducirlas, sin tomar conciencia de ello, pero sometidos a “violencias y disciplinas corporales impuestas” (1993: 12).

A la profundidad del análisis de Bourdieu es necesario añadirle que no hay un Estado, sino una plenitud de ellos (Gupta 2015). Así, es posible que un papel firmado por un médico que pide una cita preferente con un especialista no tenga la autoridad suficiente para que un auxiliar administrativo de una cita que pueden “ver desde la Consejería”. Este auxiliar está separado del médico por varias barreras hechas de jerarquías, reparto de tareas en el modelo biomédico, precariedades diferentes y, en la historia de Nena y Ale, materialmente de espacio entre los edificios. Aquí, es el sistema informático, o más bien la lógica que le anima, lo que tiene autoridad: si no hay seguro detrás, que es lo que el auxiliar piensa que mirarán los gestores, el papel del médico no es suficiente.

En un sistema así constituido ha sido “dejando hacer” a la burocracia que el despliegue de la exclusión sanitaria ha encontrado un importante punto de apoyo; pero un dejar hacer que no es sinónimo de dejadez, como veremos, sino que implica hacer la verdad que enuncia la norma, que hay grupos de personas que ya no pueden tener acceso al sistema sanitario público. Al tiempo, la lucha contra la exclusión ha partido de ahí, implicándose en los trámites burocráticos, en su conocimiento, en su manejo. Durante la Marea Blanca fueron diversas las maneras que profesionales sanitarios y no sanitarios idearon para usar los trámites burocráticos como formas de resistencia. Por ejemplo, no usar ciertas aplicaciones de los sistemas informáticos, como las órdenes que se envían al *call center* privado para que éste haga las llamadas de las citas<sup>262</sup>. Es en esos trámites diarios en los que los profesionales han ido dejando hacer o se han ido haciendo cargo de las situaciones. Dejando hacer a una forma de funcionar, la del seguro individual, o haciéndose cargo de la interdependencia que nos une; entre estos dos opuestos hay un gradiente en el que se mueven las formas en las que nos dejamos afectar por las situaciones y qué aspectos de las mismas nos afectan: que puedan mirar la cita desde la Consejería, que esta persona en concreto se quede sin cita, que ninguna persona se quede sin médico asignado...

En resumen, en este capítulo nos preguntamos por los sentimientos y el trabajo interpretativo que se hace en las prácticas burocráticas antes de asumir

---

<sup>262</sup> En una entrevista con Inés, auxiliar administrativa, en el invierno de 2013, me explicaba que durante la Marea Blanca se propuso dejar de usar el sistema *SKy* (el *call center*) para dar las citas con el especialista: “cuando el médico hace la derivación le sale una pantallita para hacer la petición, comprueba el teléfono del paciente y le sale un papel con un código, un número de solicitud. Te llaman del *call center* y te ofrecen la primera cita disponible y si tú dices que no la quieres ahí es cuando se hace la libre elección. Entonces los *call center* tienen acceso a todas las agendas de especializada de Madrid”. Ellos cobran por cada petición que tramitan y si rechazas tres citas, por ejemplo, cobran por cada una de ellas aunque la conversación con los tres rechazos se haya producido en la misma llamada. Inés contaba que si una auxiliar quiere hacer una cita con un paciente para ir a un centro público en vez de la cita que le ofrece el *call center* de un centro privatizado “luego llaman (de “arriba”) para echar la bronca”.

que esta simplemente deshumaniza; por las lógicas de empresa que operan con las de la burocracia para expulsar a personas del sistema sanitario, antes que asumir que las primeras están sustituyendo a las segundas; y cómo las prácticas burocráticas pueden reproducir violencia estructural incluso sin la intención de hacerlo. Porque se trata de una violencia constante, no episódica. Las prácticas burocráticas, “lejos de interrumpir la forma que tienen los actores de entender sus mundos sociales, les provee de un tipo particular de conocimiento situado con sus propias certezas epistémicas”; por ejemplo, que hay “muy poca habilidad para absorber riesgo al mismo tiempo que uno está forzado a emprender actividades de alto riesgo” (Gupta 2015: 20, mi traducción).

*“Incluso desde las guardias del hospital se están pidiendo muchas pruebas de VIH urgente, que antes era excepcional, y esto es porque las embarazadas era casi imposible que pasaran el embarazo entero casi sin controles. Han notado un aumento significativo de partos de embarazos no controlados”,* relata un médico del Hospital Gregorio Marañón.

Así, distintas fuentes consultadas nos han podido confirmar que esta circunstancia lleva a embarazos de alto riesgo para la madre, tal como ha sucedido, por ejemplo, en el Hospital de Segovia:

*“Llegó una joven marroquí, con un desgarro en el periné por lo que sufrió daños en el esfínter anal que se habían producido por un parto doméstico. El niño estaba bien y ella fue llevada a urgencias a la desesperada por su esposo cuando vieron que no paraba de sangrar. El caso es que el marido contó que no podía pagar el precio de un parto con la implantación de la nueva ley si no eras español, y por eso decidió parir en casa”,* contó una médica desobediente sobre esta experiencia ocurrida en los mismos días en los que la Consejería de otra Comunidad, Castilla la Mancha, ponía

precio a estas atenciones”<sup>263</sup>. (Yo Sí Sanidad Universal 2013: 16, la cursiva es del original).

### 6.1 Unas notas sobre burocracia

En un trabajo clásico en antropología, *La Producción Social de la Indiferencia*, Michael Herzfeld (1992) investigó los espacios burocráticos en Grecia y concluyó que las sociedades que cuentan con aparatos burocráticos no son ni más “rationales” ni menos “simbólicas” que otras que no los tienen. Para Herzfeld, los aparatos burocráticos están constituidos por ideas locales sobre relaciones personales y responsabilidad y sus prácticas diarias así como sus regulaciones formales están constituidas por los símbolos y el lenguaje de las barreras morales entre los incluidos y los excluidos. Los aparatos burocráticos, señala Herzfeld, producen indiferencia social, pero una indiferencia social que tiene que ver con la construcción de la nación. La burocracia hace “objetiva” la identidad nacional y también la inclusión y la exclusión de personas o grupos de personas dentro de ella. En los encuentros de diferentes grupos sociales con las instancias burocráticas, el uso de esas representaciones simbólicas populares excluyentes produce “indiferencia social”, “el rechazo de una humanidad común”, “la negación de una identidad personal” (1992).

En discusión con Herzfeld, el antropólogo David Graeber también aborda la relación entre burocracia y violencia, una violencia que sufren las personas y

---

<sup>263</sup> En el propio informe se recoge el documento donde se publicaron estos precios (BOCAM 29 de julio de 2013), entre ellos 2.511,65€ por un parto vaginal sin complicaciones y 6.640,36€ por un parto con cesárea con alto riesgo de complicaciones. La agencia de noticias *EuropaPress*, y con ella las ediciones nacionales y regionales de algunos periódicos como *ABC* recogieron esta información el 8 de agosto de 2013. EP / Toledo, “El Sescam actualiza los precios de los servicios sanitarios para mutuas y aseguradoras”, *abc.es*, 8 de agosto de 2013, <http://www.abc.es/toledo/ciudad/20130808/abci-cinco-dias-entre-euros-201308081126.html> (último acceso 26 de octubre de 2015). Las urgencias del Hospital de Segovia contaba por esas fechas con un cartel que exigía DNI y Tarjeta Sanitaria para poder recibir atención. Para ver el cartel y conocer la campaña que se puso en marcha para que se quitara, así como la respuesta del propio Servicio de Salud de Castilla y León, SACyL, ver el mismo informe citado arriba.

grupos de personas que se relacionan con las instancias burocráticas. Sin embargo, Graeber niega que estas situaciones tengan una significación más allá de sí mismas, como puede ser la construcción de una identidad nacional. Los antropólogos, dice Graeber, al otorgar “significado” a las situaciones en las que nos vemos involucrados en la burocracia corremos peligro de sobre interpretar esas situaciones, dotarles de una densidad que no tienen y reproducir así su violencia. Por el contrario, él liga la burocracia, y su violencia, con la estupidez (2006, 2012)<sup>264</sup>. Para Graeber, la burocracia opera una “violenta simplificación” de las situaciones, creando “zonas muertas que repelen la imaginación”, zonas de “poder sin conocimiento” (Keith Breckenridge 2003 en Graeber 2012) en las que el papeleo sustituye al ejercicio de imaginar y entender al otro. Son zonas en las que el que tiene el poder — el burócrata — puede definir la situación sin tener que hacer ningún trabajo por imaginar o entender al otro. Es el otro, el que está subordinado, el que tiene que hacer todo el trabajo interpretativo.

Si Herzfeld se había centrado en la relación de la burocracia como aparato estatal con la construcción de la nación, Graeber, al tiempo que rebate este argumento se ocupa de la ligazón entre burocracia y mercado. En 2015, este antropólogo publicó su último libro, *The Utopia of Rules. On Technology, Stupidity, and the Secrets Joys of Bureaucracy*. En él, además de reflexionar sobre el “goce secreto” del poder ostentado por los burócratas, defiende que la asociación de la

---

<sup>264</sup> El título de la primera ponencia de Graeber sobre el tema era “Más allá del poder/conocimiento, una exploración de la relación entre poder, ignorancia y estupidez” (2006). Tras una revisión pasaría a titularse “Zonas muertas de la imaginación. Sobre violencia, burocracia y trabajo interpretativo” (2012). Graeber presentó el primer texto en la *Malinowski Memorial Lecture* de 2006. Esta versión estuvo disponible online en la página web de su institución actual, London School of Economics, hasta 2012 cuando la revista *HAU Journal* publicó la segunda versión, en la que Graeber se centra más en el concepto de las “zonas muertas de la imaginación” e incorpora para ello referencias de literatura feminista, como bell hooks. En el texto de 2012 solicita que sea éste el que se tome como referencia oficial, si bien es interesante poder leer los dos para comparar cómo ha ido evolucionando su trabajo sobre burocracia.



burocracia con el sector público oscurece la relación de esta última con el nacimiento y desarrollo de la corporación capitalista, la culpable de haber aumentado formidablemente el número de trámites y formularios que se hacen tanto en el sector público como en las empresas privadas<sup>265</sup>. Graeber habla de “matrimonio entre lo peor de la burocracia y lo peor del capitalismo” (*Financial Times* 2015). Una relación que puede producir una reflexión contraria a la suya, una que trate de recuperar la burocracia clásica como tabla de salvación frente a la penetración de las formas de hacer de la empresa en los servicios públicos.

Esta es precisamente la motivación del sociólogo Paul du Gay para escribir *En elogio de la burocracia* (2012). Ante la extensión en Reino Unido de las teorías y las prácticas de la Nueva Gestión Pública, que “reinventan” el Estado como un agente que reforma continuamente “las organizaciones del sector público en torno a esquemas de mercado”, du Gay insta a recuperar la “ceguera” burocrática como garantía de equidad de un Estado que contiene la expansión del mercado. Du Gay parte de una concepción teórica de la burocracia; bebiendo del sociólogo Max Weber, concibe la burocracia como un *ethos* particular propio de un orden de vida singular que no puede ser juzgado por otros<sup>266</sup>. Para du Gay,

---

<sup>265</sup> En marzo de 2015 Graeber visitó a los estudiantes que ocupaban la Universidad de Amsterdam para protestar por el aumento de tasas y las formas de hacer de la empresa en la universidad y le habló de “resistencia en una era de burocratización total”: <http://roarmag.org/2015/03/graeber-bureaucracy-occupation-amsterdam/> (último acceso 25 de octubre de 2015). Se puede consultar también su artículo en el periódico *Financial Times*, también de marzo de 2015, titulado “Capitalism’s secret love affair with bureaucracy” (El romance secreto del capitalismo con la burocracia, mi traducción), <http://www.ft.com/cms/s/2/73212b74-c1ba-11e4-8b74-00144feab7de.html#slide0> (último acceso 25 de octubre de 2015).

<sup>266</sup> Du Gay se apoya durante toda su obra en las nociones de racionalidad burocrática y personalidades múltiples de Weber. La noción de racionalidad en la burocracia, dice, no es total y ampliable a todos los campos (la moralidad, la empresa) y es situada, histórica, contextual, no universal. La racionalidad burocrática no es una representación parcial de una racionalidad integrada. Hay diferentes personalidades o tipos humanos que son propios de distintos órdenes de vida. No existe una personalidad única superior, un orden vida que concentre todos los demás en una unidad. Así, el burócrata actúa conforme a una ética propia del orden de vida burocrático, que no se puede extender a otros órdenes de vida y en el que tampoco han de penetrar otros

la burocracia es imprescindible para la democracia: la “jaula de hierro” del burócrata es fuente de igualación, le obliga a y le permite tratar a todo el mundo por igual, sea cual sea su condición. Las lógicas de empresa, con su implantación de otro “tipo humano”, el “empresario de sí” que se “responsabiliza” del “gasto” y de la “satisfacción” inmediata del “cliente”, rompen la distinción entre racionalidad y emoción que permitía a la burocracia clásica producir equidad. En su intento de alejar al “empresario de sí” del “burócrata”, du Gay pasa por alto lo que Herzfeld mostró, cómo esa “jaula de hierro” está repleta de representaciones sociales excluyentes. Al tiempo, separa dos lógicas que Graeber veía juntas y que en el análisis que aquí hacemos también se trenzan: la burocrática y la de la empresa, constituyendo una racionalidad neoliberal adaptable y flexible que usa y muta lo que encuentra a su paso (Laval y Dardot 2013, Ong 2006).

Los contrastes entre estos autores me han sugerido algunas preguntas clave para la reflexión acerca de las situaciones en las que nos relacionamos con la burocracia y la violencia que se puede producir y reproducir en ellas. ¿Opera en ellas la razón, un trabajo interpretativo, o solo estupidez o indiferencia? Si hay trabajo interpretativo ¿es este solo de los “subordinados” o también de los

---

tipos u órdenes — ni el de la moralidad ni el de la empresa. Para du Gay, la ética del burócrata se compone del sentido de lo público, lo común, de la igualdad, de la administración efectiva y responsable que garantice la equidad, sin entusiasmos o emociones, que usa el “arte de la separación” y el formalismo de modo que los derechos, más que un límite, sean producto de la acción del Estado. Esa separación es la que ha sido criticada en muchas ocasiones desde diferentes ámbitos. Zygmunt Bauman argumenta en *Modernidad y Holocausto* (2010) que la burocracia es capaz de reducir a los objetos humanos hasta el punto de producir un Holocausto, al dividir funcionalmente el trabajo, desresponsabilizar a los burócratas de sus actos al estar estos desprovistos de carácter moral sino sólo técnico, ante la imposibilidad de colocar esas operaciones prácticas y cotidianas en una foto más general. Du Gay dedica una parte del libro a responder a Bauman (“La burocracia en Bauman: “Modernidad”, identidad, ética”). Insiste en que Bauman, al que coloca como un representante de una crítica posmoderna que construye una personalidad “fluida”, no hace otra cosa que buscar esa vida integrada, esa personalidad unitaria que Du Gay considera ha servido de punto de apoyo a las lógicas de la Nueva Gestión Pública y su idea de la transformación del burócrata en un continuo empresario de sí (2012: 105-138).

burócratas? ¿Es que hay una razón “estatal” y otra “de mercado” o en estas situaciones podemos observar una racionalidad “neoliberal” en la que las dos lógicas se entrelazan? Si es así, ¿no tenemos que tener en cuenta también el sentimiento, punto de apoyo del gobierno de sí? ¿Es ese sentimiento solamente punto de apoyo para el “empresario de sí” o también se teje con el de trabajador de un servicio público cuya labor implica hacer trámites burocráticos? Vayamos por partes.

En las situaciones que se relatan en esta tesis hay un ingente trabajo interpretativo por parte de las personas que tienen que luchar para poder ser atendidas en el sistema público o tener un médico. Como participante en un grupo de acompañamiento he compartido este trabajo de forma cotidiana. Conocer la respuesta a algunas preguntas clave podía ser de gran ayuda: ¿cómo suelen hacer en este centro con este papel? ¿qué actitud suelen tener? ¿cómo respira esta auxiliar administrativa en concreto? ¿qué relación hay entre auxiliares y médicas, enfermeras, trabajadoras sociales? ¿cómo se relacionan con la gente del barrio? ¿cómo se relacionan en concreto con extranjeros pobres? Sin embargo, esto no quiere decir que no haya trabajo interpretativo del otro lado, aunque este pueda ir en sentido contrario, con el efecto de excluir a personas del sistema sanitario. Por ejemplo, las auxiliares del centro de salud de mi barrio interpretaron de una manera particular las instrucciones del SERMAS ideando un procedimiento que hacía casi imposible para las personas sin tarjeta sanitaria tener una atención continuada y tener médico asignado. Nuestra impugnación de ese procedimiento, cada vez, se respondía con una defensa de este trabajo interpretativo, defensa que, lejos de estar exenta de sentimiento, estaba plagada de ellos. Las quejas sobre la “presión” que ejercíamos sobre ellas

han sido constantes. Ellas tenían ya una forma de hacer homogénea y nosotras, con nuestras interpelaciones, volvíamos a desatar la incomodidad respecto a cómo actuar.

Entre las trabajadoras de los centros sanitarios se construyen “comunidades de sentimiento” (Ann Stoler en Joan Vicent 2004) que son apropiadas y otras que están “fuera de lugar” (*out of character*). En ellas operan técnicas de control afectivo que se construyen y reproducen en la vida cotidiana pero que se hacen más visibles cuando se alinean con manifestaciones públicas (Ibid), como pueden ser tanto el relato de la lucha colectiva contra la exclusión como los relatos sobre el “abuso” que hacen los extranjeros del sistema sanitaria público y la “amenaza” al mismo que esto supone. No se trata pues de emociones o sentimientos puntuales sino de “estructuras de sentimiento” sostenidas y de los estándares políticos con los que se alineaban o a los que ponen en cuestión:

“el sentimiento importaba no porque estuviera en conflicto con la razón sino porque demandaba formas específicas de razón que indicaban saber social acerca de expectativas y un rico vocabulario evaluativo de crítica social” (Ann Stoler en Joan Vicent 2004: 17, mi traducción).

La antropóloga Ann Stoler, cuyo trabajo venimos citando arriba, investiga las “comunidades de sentimiento” que se formaban en la burocracia colonial holandesa en Indonesia (Stoler en Vicent 2004). ¿Se sentían los funcionarios parte de la metrópoli y por tanto alejados del lugar y las gentes de la colonia o, por el contrario, se sentían parte de las Indias? Stoler señala que esta era una preocupación principal de la autoridad colonial: la “gestión de los estados afectivos”, tanto la expresión excesiva de los mismos como su ausencia. Estas comunidades eran, señala Stoler, punto de apoyo para el poder colonial holandés

en Indonesia, aunque también podían ser una amenaza si eran críticas. Las comunidades “fuera de lugar” (*out of character*), como los *imperious*, criollos que exigían estatus europeo, eran objeto de “una expresión afectiva” que se unía “al valor que se otorgaba a los seres humanos” (2004: 5, mi traducción); esto es, valían menos que otros. Pero si se alineaban con manifestaciones públicas que extendieran esa comunidad “fuera de lugar” podían encontrar un lugar adecuado y poner así en peligro el poder colonial. Stoler concluye que el cuidado y el gobierno, el conocimiento afectivo y la razón son formas de construir Estado que, lejos de oponerse, se alimentan la una a la otra, si bien siempre están en tensión. Esta forma de mirar nos ayuda en la exploración que viene, sobre cómo la defensa de una ley que cambia el modelo sanitario se ha centrado, precisamente, en el valor que se le da a la universalidad.

## **6. 2. El valor de la universalidad y su relación con los relatos del “abuso” y la “amenaza”**

“(…) el ciervo era la pieza más apreciada y bella del bosque. (La función del bosque era, por ley) servir de relajo al rey. Al menos esta era la teoría. La práctica era más intrincada: la demanda y su contra demanda han sido la condición de la vida del bosque durante décadas”  
(E.P. Thompson 1975: 31)

Tener acceso a un sistema sanitario universal es uno de los derechos ciudadanos más importantes. La construcción de un sistema de sanidad universal forma parte de la narrativa que construye al Estado — del bienestar y de las autonomías — tras la dictadura (Ana María Guillén 1997). Las leyes, históricamente, lo han presentado como un logro. En 1986, la Ley General de Sanidad hacía un repaso histórico de los intentos de crear seguros o coberturas sanitarias, intentos fallidos hasta que el propio texto encomienda la creación de un Sistema Nacional de Salud universal y descentralizado en las comunidades

autónomas. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, LO 16/2003, dice que el SNS “ha sido un elemento dinámico y, en muchos aspectos, un referente para el desarrollo de la cohesión en el Estado autonómico”.

Sin embargo, la universalidad del sistema sanitario se ha ido construyendo a través de luchas, demandas y contra demandas en los diferentes brazos y niveles de un Estado que se representa de diversas formas en cada uno de ellos y a cada grupo social (Akhil Gupta 2012). Así, al tiempo que se promulgaba la Ley General de Sanidad, sobre el terreno, en Madrid, se construían las luchas vecinales cuya historia es también la historia de cómo unos barrios concretos, los de la periferia, se organizaron para conseguir una dotación pública fundamental, el centro de salud<sup>267</sup>. El documental *La Ciudad es Nuestra* (Tino Calabuig 1975) muestra este proceso de la boca de algunos de los vecinos de Orcasitas, Barrio del Pilar y el Pozo del Tío Raimundo<sup>268</sup>. A principios de los 2000, poco después de que se aprobase la Ley de Cohesión, los vecinos del barrio de Lavapiés se organizaban para pedir el cambio de ubicación del centro de salud. El documental *A ras del suelo* (Alberto García Ortiz y Ágatha Maciaszek 2006) muestra las dificultades que vecinos y profesionales tenían para acceder, por unas escaleras estrechas o por un pequeño ascensor compartido con los demás vecinos, al centro de salud situado en un piso de un edificio de viviendas en la estrecha calle Tribulete. El centro se trasladó en 2007 a su ubicación actual,

---

<sup>267</sup> Sobre las luchas de los barrios por conseguir dotaciones como el centro de salud, o que llegara el autobús, se puede ver el trabajo, entre otros, del historiador y, desde mayo de 2015, concejal del Ayuntamiento de Madrid Pablo Carmona, del Observatorio Metropolitano de Madrid: [http://www.observatoriometropolitano.org/publicacion/madrid-la-suma-de-todos\\_globalizacion-territorio-desigualdad/](http://www.observatoriometropolitano.org/publicacion/madrid-la-suma-de-todos_globalizacion-territorio-desigualdad/) (último acceso 15 de septiembre de 2015).

<sup>268</sup> *La Ciudad es Nuestra*, <https://www.youtube.com/watch?v=RxpeFxtQXLs> (último acceso 15 de septiembre de 2015).

encima del Mercado de la plaza de Agustín Lara<sup>269</sup>.

Estas situaciones que impugnan la máxima “tenemos un sistema sanitario universal” no hacen otra cosa que construirlo. Es porque los vecinos y vecinas de estos barrios se sentían afectados por esa máxima en su vida cotidiana que se organizaban para hacerla realidad. Es desde la importancia de esa atribución de valor a un sistema sanitario universal — valor histórico, jurídico, simbólico, político-afectivo, material — que se puede entender que el decreto de exclusión sanitaria pueda comenzar así:

“La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial” (RD-l 16/2012)

Un párrafo que sigue la estela de las leyes sanitarias anteriores en España y, al tiempo, de un discurso que coloca el acceso universal como un “valor europeo”:

“Al mismo tiempo que se ha reforzado el argumento utilitario (la salud contribuye al crecimiento económico, “*health and wealth*”) los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud de la Región Europea han vuelto a declarar el valor fundamental de la salud como un derecho humano, recientemente en una gran conferencia ministerial que tuvo lugar en Tallinn en 2008 (Oficina Regional para Europa de la OMS 2008). Se han comprometido a los principios de acceso universal, equidad y solidaridad como el núcleo de valores de las sociedades europeas en varias iniciativas políticas pan-europeas (Consejo de Europa 1996; Oficina Regional para Europa de la OMS 2005; Consejo de la Unión Europea 2006;

---

<sup>269</sup> *A ras del suelo*, [https://www.youtube.com/watch?v=\\_5zae1A0p48](https://www.youtube.com/watch?v=_5zae1A0p48) (último acceso 15 de septiembre de 2015).

Comisión Europea 2007). Incluso en medio de los programas de austeridad, muchos gobiernos han intentado salvaguardar todo lo posible el gasto en salud. La salud se ve como un indicador clave del desarrollo social y del bienestar, así como un medio para incrementar la cohesión social” (Josep Figueras y Martin Mackee 2012: 3, mi traducción).

Sin embargo, cuando la lente con la que se construye y se mira la realidad es la de la eficiencia financiera, es posible un cambio de lenguaje:

“Al pasarse de un sistema de sanidad universal a un sistema basado en un enfoque de cobertura, aumentó el número de reclamaciones relativas a las restricciones de acceso” (Documento de Trabajo de los Servicios de la Comisión Europea, *Evaluación del Programa Nacional de Reformas de 2014 del Programa de Estabilidad de 2014 de España*)<sup>270</sup>

Esta última afirmación, que llama al pan, pan y al vino, vino, es impensable en boca de los representantes del Ministerio de Sanidad en España, o de cualquier político profesional que defienda un decreto de exclusión que ha hecho el paso entre *el sistema de sanidad universal a uno basado en un enfoque de cobertura*<sup>271</sup>. Estos actores, en vez de hablar de seguro individual han hilado una narración que construye la universalidad del sistema poniendo en el centro lo que pretenden dejar fuera, al que “abusa” del sistema y “amenaza” su continuidad. Una narración que, aunque refutada en incontables ocasiones, ha acabado funcionando casi independientemente de los datos que la desmienten

---

<sup>270</sup> Bruselas 2.6.2014, SWD (2014) 410 final, pp.16.

[http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/swd2014\\_spain\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/swd2014_spain_es.pdf) (último acceso 23 de septiembre de 2015).

<sup>271</sup> El líder el partido Ciudadanos, Albert Rivera, es defensor de dejar a grupos de población sin tarjeta sanitaria. Para un análisis crítico de su discurso se puede leer el artículo de Laura Olías en el *diario.es* publicado el 19 de octubre de 2015: “Lo que Albert Rivera no dijo sobre exclusión sanitaria en el debate con Pablo Iglesias”, [http://www.eldiario.es/desalambre/argumentos-Pablo-Iglesias-Albert-Rivera\\_0\\_443055847.html](http://www.eldiario.es/desalambre/argumentos-Pablo-Iglesias-Albert-Rivera_0_443055847.html) (último acceso 19 de octubre de 2015).



(Gupta 2012)<sup>272</sup>. Pero no del todo independiente. Se trata de una narración que encuentra puntos de apoyo en dos sentimientos que experimentan en su trabajo diario los profesionales del sistema sanitario: la “sensación de carga” y la del “despojo”.

Más que preguntarnos aquí si esa narración del “abuso” y de la “amenaza” que viene desde arriba “convence” a los de abajo, nos interrogamos por las partes de la vida cotidiana a las que hablan esos relatos. Lo hacemos apoyándonos con fuerza en dos conversaciones. Una tuvo lugar en febrero de 2014, con Teresa, auxiliar administrativa en centros de atención primaria que lleva 13 años trabajando en el SERMAS, primero haciendo suplencias y los últimos siete años de interina. Y otra con Carlos, médico de primaria al que ya hemos conocido en el capítulo anterior. Los dos son compañeros de lucha por la sanidad universal.

### **6. 3. A lo que le habla el relato del abuso. Sensación de carga.**

Con la declaración de crisis, la construcción del abuso que hacen no solo los extranjeros sino todo tipo de usuarios de los sistemas de protección ha pasado a ser una de las piezas centrales en los medios de comunicación. Una suerte de clima, ese que convierte en irresponsable a aquel que ejerce su derecho a solicitar apoyo, es la condición de posibilidad de declaraciones como estas:

El portavoz del Partido Popular en el Congreso, Alfonso Alonso, en una

---

<sup>272</sup> Ya hemos tratado antes cómo se ha refutado el “gasto” incontrolado del sistema sanitario. Sobre los migrantes como “super consumidores” de recursos de los sistemas de protección los estudios que se han publicado demuestran que utilizan menos que los autóctonos los recursos públicos de estos sistemas, incluyendo el sistema sanitario. Por citar algunos: Alba Llop Ginorés et. al. 2014, Francisco Javier Moreno Fuentes y María Bruquetas Callejo 2011, Dolores Jiménez Rubio y Cristina Hernández Quevedo 2010, Fundación Ciencias de la Salud 2008. Sobre otro de los argumentos del decreto, que el envejecimiento de la población será causa de que el sistema sea cada vez más costoso, ver Cas Madrid, “El envejecimiento de la población no disparará los costes sanitarios”, <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=documentos&id=189&titulo=DOCUMENTOS> (último acceso 10 de septiembre de 2015).

entrevista en Televisión Española, hablaba de “racionalizar la cartera de servicios,” asegurando que “los españoles gastan muchísimo en sanidad.” Para mantener el sistema público “hay que ser serios y eficientes” y la sanidad “no puede ser un coladero” de “fraude,” en referencia a la utilización de los servicios sanitarios con cargo a fondos públicos por parte de extranjeros no residentes en España<sup>273</sup>.

El fraude, el abuso también lo perpetran los ciudadanos españoles. En una rueda de prensa para informar sobre los cambios en los requisitos para que los parados que ya no perciben la prestación contributiva por desempleo puedan optar a cobrar 400 euros al mes, y que ya no podrán solicitar los jóvenes que viven a cargo de sus padres, la Ministra de Empleo, Fátima Báñez, declaró sentirse “insultada” al saber que había “hogares que ingresan 8.000 euros, en los que un niño recibe una paga de 400 por no hacer nada”<sup>274</sup>.

Estas narraciones, por muy despegadas que puedan estar de lo real, “sirven para interpretar situaciones, tienen su propia vida y eficacia (...) cualquier acción particular se puede insertar en narraciones diferentes, y a veces opuestas” (Gupta 2015) del “abuso”. Esto es posible porque son narraciones que le hablan a situaciones de la vida cotidiana, a lo que cada día experimentan médicas y auxiliares administrativas en los centros sanitarios.

Antes de pasar con ellas quiero señalar una ausencia, la de las enfermeras y matronas en este análisis, pues las trabajadoras sociales sí aparecen en ocasiones. Esta ausencia se explica porque no he tenido contacto continuado con

---

<sup>273</sup> La idea del fraude relacionada con los extranjeros no es ni mucho menos nueva. En 2006, un año después de la regularización de personas sin permiso de residencia que se llevó a cabo en 2005, el entonces presidente del Gobierno, el socialista José Luis Rodríguez Zapatero, declaró: “España no acepta y no aceptará inmigración ilegal porque no es inmigración, sino un fraude contra los inmigrantes, contra los trabajadores y, por supuesto, contra lo que deben ser las normas de coexistencia de nuestra sociedad”, *Cadena SER / Agencias*, “Zapatero advierte de que España ‘no acepta ni aceptará inmigración clandestina ni ilegal’”, 6 de septiembre de 2006, [http://cadenaser.com/ser/2006/09/06/sociedad/1157508806\\_850215.html](http://cadenaser.com/ser/2006/09/06/sociedad/1157508806_850215.html) (último acceso 24 de octubre de 2015). Sobre la construcción del fraude y la picaresca en torno a los sistemas de protección en Andalucía ver Liliana Suárez Navaz (2004).

<sup>274</sup> Extracto de una comunicación titulada “El discurso de la emergencia y los derechos en España”, presentada en diciembre de 2011 en el Simposio JUSMENACU del CSIC, [http://www.proyectos.cchs.csic.es/politicas-migratorias/sites/proyectos.cchs.csic.es/politicas-migratorias/files/Comunicaciones\\_seleccionadas.pdf](http://www.proyectos.cchs.csic.es/politicas-migratorias/sites/proyectos.cchs.csic.es/politicas-migratorias/files/Comunicaciones_seleccionadas.pdf) (último acceso 24 de octubre de 2015). La primera parte de esta comunicación transcribe citas sobre “crisis”, servicios públicos y derechos. Las citas están seleccionadas de una recogida diaria de noticias relacionadas con políticas de empleo, financiera, sanitaria, educativa y social, desde julio de 2012 hasta diciembre de 2012, con un total de 250 noticias.

estas profesionales en las situaciones de exclusión de las que he formado parte. Hay varias razones para ello y alcanzo a esbozar brevemente dos de ellas. La primera, que las citas con las enfermeras se generan, sobre todo cuando no se conoce bien el centro de salud, en la consulta del médico. Hay médicos que citan más a sus pacientes con las enfermeras y médicos que lo hacen menos. Esta razón está relacionada con la segunda: las enfermeras se ocupan de tareas de salud comunitaria y cuidados especializados que se pierden cuando apremia la necesidad de una prueba o un medicamento. Esta pérdida de contacto es un indicador de cómo el despliegue de la exclusión sanitaria refuerza lógicas del modelo biomédico y mina la labor comunitaria de un centro de salud, labor en la que las enfermeras son una pieza clave. Con respecto a las matronas, sí he tenido conocimiento de situaciones en las que han participado cuando se trataba de mujeres embarazadas sin tarjeta sanitaria pero yo no he formado parte de ninguna de ellas.

#### 6.3.1. Del lado de las médicas

“Yo creo que esto ha calado en los profesionales sanitarios en la misma medida que ha calado en el resto de la sociedad. La idea de que hay un abuso y aquí con el dinero de todos estamos pagando la sanidad del mundo mundial es algo que ha calado. Y que la gente viene y hace un uso de algo que tú pagas y otros se benefician. Nadie quiere que de su sueldo disfruten personas que no han contribuido a ello, este es el planteamiento. Y lo que dices, es obvio, ha habido un interés claro en confundir una cosa con otra, el tema de las operaciones aquí, de gente de la comunidad europea que tienen una segunda residencia aquí y que obtienen servicios sanitarios mientras están aquí... la incapacidad que tiene la administración para controlar eso y para generar una devolución del gasto se ha utilizado también para extenderlo a otra gente. Bueno, a ti no te lo voy a contar, la historia de la xenofobia. Además es que cuando se hizo el Real Decreto las declaraciones eran claras, lo que tiene que hacer (la persona sin papeles) es irse a su casa, tiene que irse a su país. Hay intereses múltiples de confundir. Y eso en la población cala y en los profesionales sanitarios también. Si (a un profesional) le dicen que gente que (antes) tenía que atender ahora no los va a (tener que) atender es menos trabajo. Al final tú sabes que todo cuesta dinero y pedir una prueba

a alguien que viene de otro lado y te dice que tiene una esquirra de una metralleta de hace cinco años... La gente se pregunta: "bueno ¿y por qué tengo yo que tratarle la esquirra de hace cinco años?" El caso es que cuando tú necesitas para ti una atención que sería impagable... es decir, esta falta de percepción sobre lo que supone un sistema común a mí me parece muy grave". (Entrevista con Carlos, marzo de 2014).

Existe un término, "hiperfrecuentación", para señalar "una categoría que se construye en el seno de la interacción social entre sujetos que se vinculan en el centro de salud" (Almudena Alameda y Álvaro Pazos 2009: 864). Esta categoría, "construida por y para los profesionales sanitarios", engloba a los usuarios que visitan el centro de salud "con frecuencia" y es "absolutamente ajena a la experiencia del sujeto que frecuenta; sus demandas de atención y de ser reconocida como sujeto exceden los marcos del modelo de diagnóstico y biomédico" (2009: 864). En el artículo citado, la investigadora en Ciencias de la Salud Almudena Alameda y el antropólogo Álvaro Pazos se centran en el lado de los profesionales sanitarios, aunque proporcionan algunos datos acerca de las personas que acuden de forma muy frecuente al centro de salud<sup>275</sup>. Las respuestas a la hiperfrecuentación se pueden explicar por cómo cada profesional particular vivencia las "tres líneas de tensión" que los autores señalan construyen el "lugar del médico en AP": 1) entre la lógica de la asistencia (ayuda al otro) y la lógica de la gestión (manejo eficiente del gasto sanitario); 2) entre el modelo de AP y el modelo asistencial clásico; 3) entre el papel del médico como poseedor de saber y su papel como mero proveedor de servicios (2009: 868). Los 8 médicos y médicas de AP entrevistados en el estudio coinciden en expresar un "gran nivel de malestar profesional-institucional" en su trabajo, pero difieren en sus formas de afrontar la hiperfrecuentación dependiendo de "trayectorias

---

<sup>275</sup> Según señalan estos autores el perfil que se ha podido dibujar en otros estudios es el de una mujer hiperfrecuentadora de entre 51 y 59 años, ama de casa, con bajo nivel de estudios, que pertenece a una familia nuclear y experimenta un alto grado de malestar psíquico.

personales-profesionales, nociones de identidad profesional y de conceptos como la salud, la enfermedad o la prevención, además de la situación estructural en lo que respecta al lugar de trabajo” (2009: 873)<sup>276</sup>. Aunque las formas de afrontar la hiperfrecuentación no son fijas de los sujetos, los autores sí señalan dos opciones que agruparían varias prácticas de los profesionales: 1) intentar mejorar la situación de la persona que acude a la consulta: desde afrontar la situación como parte de la AP y/o revisar el propio papel como profesional sanitario hasta derivar a la enfermera o a otros recursos y recetar medicamentos; 2) intentar que la persona salga del sistema con “prácticas coercitivas, disuasorias o estigmatizadoras” (2009: 871), como apuntar en su historia clínica informática mensajes sobre la hiperfrecuentación de la persona —los llamados *flash* que saltan en la pantalla del ordenador—, obligarla a citarse siempre de modo que el médico parezca menos disponible, no ser “simpático” sino distante con esas personas... La situación construida de la hiperfrecuentación, concluyen Alameda y Pazos, “coloca fuera de lugar” tanto al paciente — que no se puede representar como un “paciente real” con una enfermedad con nombre — como al profesional — que no puede cumplir con lo que se espera de él en un modelo biomédico y farmacológico, que es diagnosticar y recetar (2009: 872).

Carlos lo llama “sensación de carga”:

“(...) atiendes a mucha gente mayor, que es verdad que genera un gasto sanitario porque son pluripatológicos, porque tienen muchos

---

<sup>276</sup> El estudio tiene en cuenta las variables sexo, edad, situación laboral, si cuentan o no con la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria y las características de la “zona” que cubre el centro. En cuanto a la edad, los autores señalan que indica, entre otras cosas, la posibilidad de que el profesional pudiera formar parte de los movimientos por la salud comunitaria en la década de 1980. La situación laboral (tener plaza “en propiedad” o estar de suplente o interina) también es otro factor a tener en cuenta. Y también la dinámica en el centro de salud: si en este se hacen actividades de salud comunitaria y/o investigación o si sobre todo se pasa consulta.

medicamentos, porque además son demandantes, y si le quieres quitar una pastilla ellos no quieren, porque esa pastilla la han tomado mucho tiempo. Y tú le dices: “pero si no le aporta nada”. Y ellos te dicen: “ya, pero a mí me va muy bien”. Entonces eso es muy cotidiano. La sensación de que el sistema es un sistema costoso, por lo menos desde lo farmacológico es fácil que te des cuentas porque haces tropecientos mil recetas al día, entonces a lo mejor esa sensación de carga también la tienes”.

Una sensación que está presente también cuando una persona sin tarjeta sanitaria consigue llegar a la consulta del médico. El profesional, aquí, aunque se encuentre ante un “paciente real” con una enfermedad con nombre, también está “fuera de lugar”. Atender significaría implicarse en los procesos administrativos, algo que, en ese modelo biomédico y farmacológico, tampoco se espera de él. Para las lógicas de empresa, materializadas en esas pantallas de ordenador con los ítem que hay que clicar, el paciente sin tarjeta tampoco es “real”, ya que todo lo que se haga con él no cuenta y, al tiempo, es tremendamente visible porque el registro de lo que se puede haber hecho con él tiene un rastro en forma de “coste sin cobertura detrás”. Para las jerarquías y los repartos de tareas en los centros sanitarios, las “cuestiones administrativas” o “burocráticas” no son labor del médico. De hecho, nombrar la “burocracia” es una forma de pasar ese malestar y esa incomodidad a un auxiliar, o a otra médica, o al INSS.

Las denegaciones explícitas de atención por parte de médicas no han sido la norma en las situaciones de las que he formado parte; más que coercitivas, las formas de hacer de profesionales sanitarios que no se han hecho cargo de las personas sin tarjeta más allá de la primera consulta de urgencias ha sido disuasorias, encadenando a las personas en una suerte de periplo como el relatado con Saiful o con Nena y Ale. Ha sido en los mostradores de admisión, los lugares donde se hacen los “trámites burocráticos”, donde estas denegaciones se

han hecho más explícitas. Son ellas las que, finalmente, dan o no el alta en el sistema informático, alta que determina la asistencia sanitaria que se recibirá.

### 6.3.2. Del lado de las auxiliares

Teresa, auxiliar administrativa, contaba en nuestra charla que el rechazo a los extranjeros en los centros de salud “se ve de antes” (del decreto): “cuando había tarjeta de sin recursos, que había que llevar varios papeles, con las de la mañana (el turno de mañana en su antiguo centro de salud) a la gente siempre le faltaba algún papel; no querían hacer (las tarjetas) y ponían trabas, siempre les faltaba algo y venían (los pacientes) rebotados a la tarde”.

En el centro de salud de mi barrio, ya en el otoño de 2012, cuando comenzó a desplegarse la exclusión sanitaria, compañeras y amigas migrantes comentaban en reuniones y asambleas que los problemas en el mostrador de admisión ya se daban antes y no dudaban en identificarlos como una práctica racista por parte de las profesionales del centro. En una asamblea barrial que se celebró en el verano de 2015 para hablar sobre el centro de salud, la opinión vertida por la mayoría de los migrantes presentes fue similar: había gente que llevaba años sin acudir al centro más que para urgencias, sin tener médico asignado porque el trato que recibían les violentaba.

Que los racismos cotidianos puedan operar en una institución como el acceso a la consulta médica de un centro de salud requiere que éste se haya ido construyendo como graciable o, al menos, valorable. Hay una función que las rutinas de un centro de salud otorgan a las auxiliares administrativas y es ayudar a las médicas para que no se les “descuadre la agenda”. Cuando llega alguien de urgencias, la puerta que el decreto de exclusión deja abierta a las personas sin tarjeta, las trabajadoras del mostrador ya saben qué médicas no se toman bien que les asignen un paciente inesperado y cuáles están más dispuestas a hacerse cargo. Ya antes del RD-l 16/2012 las urgencias eran situaciones atravesadas por tensiones, jerarquías y rutinas laborales que hacían oscilar la labor de las auxiliares entre ser puerta de entrada y muro de contención.

Cristina, veterana médica de primaria en Madrid, nos contaba en una conversación informal en febrero de 2014 que en los centros de salud no

hay servicio específico de urgencias y que por tanto lo tiene que asumir un profesional cada vez, y hay diferentes formas de organizarlo. Se dan momentos conflictivos. Si la urgencia se ve justificada a los ojos del profesional nadie lo cuestiona. Pero si no es así se crea cierto malestar porque “retrasa la consulta”. Genera problemas con el administrativo porque puede pasar que en el día a día el médico le pida que pregunte al paciente qué es lo que le pasa.

Carlos comentaba en nuestra conversación: “también es verdad que es un estamento (el de las administrativas) castigado. Por ejemplo, en los centros de salud es típico, hay gente que son bordes: “me has citado uno en la hora que no tenía que ser, o me has metido uno que eso no era una urgencias” y le echan la chapa al administrativo. ¿Qué hace el administrativo? Pues la próxima vez o dice que no o llama al médico que sabe que no le va a poner problemas. Te dicen: “oye mira, que tengo un marrón”, porque es un follón que viene de urgencia pero no tiene cita y entonces no le han hecho las recetas bien, bueno, la típica cosa que te viene fatal a las dos y no sé qué pero alguien lo tiene que ver. El administrativo es capaz de reconocer que esa persona debe tener atención e intentar gestionar con el sanitario que se preste esa atención. Es capaz de hacerlo”

Inés es auxiliar administrativa de un centro de salud y activista por la sanidad pública y universal y contra el racismo. En su entrevista conmigo en marzo de 2013 comentaba que “algunas compañeras creen que no pasarle pacientes de urgencia al médico es hacer bien su trabajo. Pero las auxiliares no podemos juzgar temas médicos”, como sería juzgar qué es o no una urgencia.

Teresa, auxiliar administrativo, comenzó a participar en colectivos contra la exclusión sanitaria al calor de la Marea Blanca. Relataba en nuestra conversación de febrero de 2014 que en un centro de salud en el que trabajó “se intentó hacer una criba”, es decir, que las auxiliares decidieran quién entraba de urgencias y quién no: “si vienes por una receta no es una urgencia”. Esto generaba tensiones constantes en el mostrador con los usuarios: “se lo decías pero al final les tenías que pasar y al salir te hacían así con la mano; mira, la receta, o la cita”. En el centro en el que trabaja ahora Teresa sabe a quién llamar y a quién no: “por la mañana no sabría a qué médicos llamar pero por la tarde, que es mi turno, sí. Hay alguna que me dice que se los ponga al final, hay otro que sé que si le llamo al final pasa pero van a ser diez minutos que tengo que hablar con él por teléfono sobre si le pasa o no le pasa algo (al usuario) y así. Pero yo desde que salió el Real Decreto en realidad me da igual el médico, yo hago lo mío que es pasar a la gente”.

Pasar a la gente. Ser puerta de entrada. Pero ¿cómo? Teresa, en nuestra

charla, reflexionaba sobre el significado de su trabajo y cómo puede estar



cambiando si la pregunta de quién pasa, quién no y cómo se gestiona ese paso se hace desde las lógicas de empresa y con una ley de exclusión sobre el terreno:

Teresa: El día 18 de febrero (de 2014) se hicieron unas Jornadas de las Unidades de Atención al Paciente en el (hospital) Clínico [...] Pues fue la primera reunión o jornadas que se hacen desde que se creó la Atención Primaria, en el 85 creo. Y claro, tuvieron que limitar el aforo, había más de 400 personas en el Clínico [...] En esta reunión... fue Alemany (Antonio Alemany, Director General de Atención Primaria del SERMAS), nos dijo (a las auxiliares administrativas) que nos tenemos que hacer valer.

Marta: ¿Os dijo eso? Pero con respecto a qué, ¿los médicos? ¿los pacientes?

P.: Sí, sí, nos dijo que nos tenemos que hacer valer, en general, pero sobre todo con los pacientes, que somos la puerta de entrada. Alemany también nos dijo que las funciones de administración van a ir cambiando. No dijo más pero por ejemplo en las reclamaciones antes contestaba el director del centro pero también había que enviarlo a Atención al Paciente (una unidad específica del SERMAS), supongo que por cuestiones de estadística [...] Ahora los centros de salud tenemos un programa, hay que cargar información en el programa, que era lo que hacía Atención al Paciente. Y por ejemplo en algunos centros de salud ahora las recetas electrónicas las imprimen las auxiliares, y también los partes de baja, en lugar de hacerlo los médicos. En todos los centros las auxiliares dan esta documentación. Y no está estipulado en ningún lado quién lo imprime. Se supone que en principio con estas cosas la idea era desburocratizar las consultas.

En el año 2013, las unidades de admisión de los centros de salud recibieron formación acerca de qué hacer con las personas sin tarjeta. En ellos se recomendaba hacer un curso de “habilidades comunicativas” que ayudara a las profesionales a “manejar” esas situaciones y, en su caso, saber decir que no (entrevistas con Inés y con Teresa). El 28 de abril de 2015, poco más de un año después de esa reunión en el Hospital Clínico que menciona Teresa, se volvió a convocar a las profesionales de las unidades de admisión a la II Jornadas de Atención al Usuario en la Gerencia de Atención Primaria, con el título: “Comprometidos con el ciudadano: nuestro reto, la comunicación y la accesibilidad”, a la que asistieron 400 profesionales, según la nota de prensa del SERMAS<sup>277</sup>.

---

<sup>277</sup> Tuve conocimiento de esta jornada por una comunicación personal en abril de 2015. El resumen oficial de la misma está colgado en la página web del gobierno de la Comunidad de Madrid:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Actualidad\\_FA&cid=1354431544000&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actualidad_FA&cid=1354431544000&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura) (último acceso 17 de octubre de 2015).

Pero para Teresa la cuestión de la accesibilidad se relacionaba directamente con un episodio en el que ella dijo “no” y que fue clave para su implicación en la lucha contra la exclusión sanitaria:

Había llegado un joven al mostrador, sin tarjeta sanitaria. Era al principio, aún en 2012. Teresa no sabía cómo hacer, en esos días ya tenían las instrucciones del SERMAS pero aún no se había actualizado el programa informático, “que no actualizaron hasta el 10 u 11 de septiembre” (el decreto entró en vigor el 1 de septiembre).

“No me daban respuesta en Tarjeta Sanitaria y yo les decía: pero es que al paciente le atiendo yo, la que le ve soy yo. Y al final (el paciente) se fue y no volvió”. Teresa estuvo pensando en él. Habló con su madre, que es médica en un centro de salud. También con otras compañeras. Estudió las instrucciones pensando en cómo hacer para dar de alta a las personas sin tarjeta y que pudieran tener médico y citas. Participó con otras auxiliares en formaciones en otros centros de salud. Y planteó a las instancias de gestión del SERMAS las situaciones de exclusión siempre que lo consideró necesario:

“Mira, yo tuve un caso, era un matrimonio, de (...), que estaban aquí legal, y se traen a sus padres desde (...), por reagrupación. Pues no les admiten como beneficiarios (igual que le pasaba a la madre de Saiful). No había forma de meterles. Llamé a Tarjeta Sanitaria, porque yo les estaba intentando dar de alta y no me dejaba. Y yo les decía “mira, que tengo a esta gente que están enfermos”. Y en Tarjeta me dicen: “¿y eso tú como lo sabes?”. A ver, hasta donde yo sé, hasta ahora la gente que está en tarjeta son administrativos como yo, no tienen por qué decir nada de si están o no enfermos. Pues me decían: “me tienes que mandar un informe médico para que yo le dé de alta”. Y yo: “pero ¿cómo voy a enviar un informe médico? ¿Por correo? ¿Por fax? (refiriéndose a que la confidencialidad de los datos clínicos no permite a las auxiliares difundir ese tipo de documentos). No hay ninguna instrucción que hable de informe médico. Al final (...) y punto”.

Situaciones atravesadas por un sentimiento de angustia que fue germen de una afectación, de una acción: hacerse cargo —“tengo a esta gente aquí delante”, “la que atiende al paciente soy yo” — demanda trabajo interpretativo.

Teresa resolvió, con el apoyo de otras, una forma de hacer sanidad universal no solo en aquella situación sino en todas. Hay profesionales que solo se hacen cargo si hay un contacto, una relación previa, que puntualmente

desconecta la sensación de carga y despojo de su alineación con los relatos del “abuso” y la “amenaza”:

Carlos: “hay centros donde se han reunido y lo han hablado y en los centros donde hay gente que sí y gente que no, como el mío, pues pasan cosas curiosas como que si nos ponemos a hablar del tema acabamos discutiendo y al final al día siguiente no me apetece tomar café contigo porque me han puesto nervioso las cosas que has dicho pero resulta que luego tienes una persona que no sabes cómo atender y alomejor vas y me llamas y me consultas. A veces pasa”.

Pero incluso cuando se dice “no” puede que la angustia, o la preocupación, o la aflicción no se despegue del todo, porque está hecha no solo de momentos puntuales sino de todo un conjunto de experiencias y memoria que siguen ahí cuando la persona sin tarjeta se va sin su cita o su medicación:

Una de las médicas del centro de salud de mi barrio no preparó el informe que necesitábamos para exigir a las auxiliares que dieran de alta a un compañero sin tarjeta sanitaria. Sí recomendó unas pruebas para descartar una enfermedad infecciosa, pruebas que se podían hacer en el propio centro de salud. Sin embargo, sin alta y sin cita era imposible así que tuvimos que pasar seis horas en las urgencias de un hospital, el que “corresponde” por zona, que es de gestión privada. Nuestro compañero estuvo angustiado todo el rato y la médica del hospital se molestó visiblemente cuando vio que aquello se podía haber resuelto in situ en el centro de salud.

Aún así, conseguimos el alta y las pruebas y las consultas que el compañero necesitaba y contamos la historia a la prensa y al Jefe de Área de Información al Paciente, Subdirección de Información y Atención al Paciente del SERMAS, Ángel Abad. Unos días más tarde tuvimos conocimiento de que la médica del centro de salud, al ver la noticia publicada, le comentaba a una compañera que ese día había tenido “dos folios de consulta”. Esto son unos 60 pacientes en una mañana, de 9 a 14 horas, exactamente cinco minutos por paciente sin contar ni un minuto de descanso. Se había ido a casa “con la sensación de haber hecho muchas cosas mal”<sup>278</sup> (Mayo de 2015, escrito entre agosto y octubre del mismo año).

---

<sup>278</sup> Comunicación personal, verano de 2015. Un texto certero sobre estas dinámicas de trabajo es el de Sergio Minué publicado en *Diario Médico*, “Once horas de trabajo y cuatro minutos para hablar con un paciente”, 26 de marzo de 2010, <http://www.diariomedico.com/opinion-participacion/opinion/sergio-minue/once-horas-de-trabajo-y-cuatro-minutos-para-hablar-con-un-paciente> (último acceso 24 de octubre de 2015).

#### 6.4. A lo que le habla el relato de la amenaza. Despojo.

El decreto de exclusión sanitaria enunció una amenaza cerniéndose sobre el sistema sanitario y se presentó a sí mismo como la solución para hacer desaparecer esa amenaza. La respuesta no se hizo esperar: colectivos y organizaciones no gubernamental, vecinas e investigadores y profesionales señalaron que la amenaza era el propio decreto. Los artículos académicos y de opinión sobre el ataque a la universalidad del sistema sanitario han sido numerosos (Sergio Minué Lorenzo y José Francisco García Gutiérrez 2012, Imma Cortès-Franch, Beatriz González López-Valcárcel eds. 2015, Helena Legido-Quigley et. at. 2013a y 2013b); los documentales *¿De tod@s para tod@s? Sanidad* (Booooo 2014) y *Cuánto ganamos, cuánto perdimos* (Synechia Films 2013) recogen entrevistas con profesionales de la sanidad que expresan orgullo por trabajar en un sistema público y universal y preocupación por una situación que sienten como una amenaza al mismo<sup>279</sup>.

Por debajo de la discusión más mediática, igual que hacía el clima de “abuso”, el clima de la “amenaza” habla a procesos y experiencias cotidianas. ¿A cuáles?

Es invierno de 2013. En el Colegio de Médicos de Madrid tiene lugar *la 4ª Jornada Técnica: la salud y las personas sin hogar. ¡No hay derecho!*, en la que participan ONGs dedicadas a las personas sin hogar y a la salud y representantes de dispositivos públicos de servicios sociales y salud. También estaba presente Alberto Díaz Arcones, de la Subdirección General de Prestaciones Económicas e Inclusión Activa de la CAM. Entre las personas que intervienen está María José Darder, del Equipo de Salud Mental de Calle del SERMAS. María José, sentada en una mesa con otros ponentes, está en la parte final y más baja de una sala en forma de teatro con asientos en grada. Como Alberto está sentado en la primera fila de la audiencia, ella lo tiene enfrente.

<sup>279</sup> *¿De tod@s para tod@s? Sanidad*: [https://www.youtube.com/watch?v=UOAWgcrs\\_Fs](https://www.youtube.com/watch?v=UOAWgcrs_Fs). *Cuánto ganamos, cuánto perdimos*: <https://www.youtube.com/watch?v=VVLCCaM913U> (último acceso 18 de octubre de 2015).

María José explica con una presentación de *Power Point* que se visualizaba detrás de ella cómo el RD-l 16/2012, tanto en cuanto al acceso al SERMAS como en cuanto a los nuevos requisitos que imponía para obtener el NIE les está poniendo las cosas muy difíciles en su trabajo. Hay muchos problemas para conseguir medicación, *en las urgencias tenemos que ir con la ley debajo del brazo, en los casos de salud pública se les cubre (a los que no tienen tarjeta sanitaria) estrictamente la patología por la que tenemos miedo de ellos. Además, este decreto no nos permite cambiar estilos de vida, nos condena a la cronicidad, a la mera atención médica pero no psicosocial. Es un callejón sin salida.* María José está terminando con estas palabras su intervención pero antes de hacerlo se dirige a Alberto, mirando para abajo, y le pregunta: *Alberto, dime, ¿para qué vamos a estar los técnicos? ¿Para frustrarnos?* (Relato a partir de las notas tomadas en la jornada, el 10 de diciembre de 2013, escrito en agosto de 2014)

Como si la hubieran despojado a una de sus útiles y, con ellos, de su lugar.

Ana, médica a la que ya hemos conocidos, ha repetido muchas veces en talleres que hemos dado juntas en centros de salud por todo Madrid que lo que hace el decreto de exclusión sanitaria es quitarle todo el apoyo que el sistema sanitario le daba: “de repente, estás tú sola”. No es que desaparezca el sistema, que sigue ahí, sino que ya no está a mano la caja de herramientas. Hay situaciones en las que el sistema parece que ya no apoya, que ya no vale. La gente sigue acudiendo a los servicios de protección, puede que a algunos servicios incluso acuda más gente, pero cada vez se puede hacer menos en ellos, cada vez se pueden hacer menos cargo de las situaciones y de las personas implicadas en ellas.

El despojo, cuando te quitan algo de lo que sientes que formas parte, que de alguna forma te pertenece, se relaciona al menos con otros dos procesos: la precarización de las personas que trabajan en el SERMAS y la separación, no solo jerárquico-simbólica sino también material, de tareas, entre figuras profesionales. En especial la separación entre auxiliares y profesionales sanitarios que, lejos de retroceder en aras de crear un servicio más “orgánico” y menos “burocratizado” que satisfaga más al “cliente”, avanza con las lógicas y

prácticas de empresa.

#### 6.4.1. Precarización

La eventualidad y la inestabilidad laboral son características del trabajo de las auxiliares administrativas en el SERMAS, cuyo sueldo si trabajan en un centro de salud apenas llega a mileurista. “Nosotras no tenemos vínculo de unión, no tenemos colegio como los médicos o las enfermeras; si eres auxiliar y haces algo mal lo que te cae es un expediente disciplinario”, señalaba Teresa en nuestra charla. A las auxiliares interinas y suplentes “las están echando desde que se implantó el Área Única”; en plena Marea Blanca, en octubre de 2013, “se despidió a 341 auxiliares”<sup>280</sup>. Esta precariedad es condición de posibilidad para que las evaluaciones individualizadas puedan desplegar su función de control. Máxime cuando se introducen formas de hacer en los centros de salud que ahondan en jerarquías entre profesionales, en especial con respecto a las médicas<sup>281</sup>. Para Teresa, son formas de hacer que trabajan para el mercado y que acrecientan el sentimiento de despojo.

“Y sobre todo el tema de la gestión de los centros de salud<sup>282</sup> (...) y el yo

---

<sup>280</sup> Europa Press, “Madrid Sanidad sustituirá eventuales no sanitarios de centros de salud con personal fijo de las antiguas gerencias de AP”, *infosalus.com*, 4 de junio de 2013, <http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-madrid-sanidad-sustituira-eventuales-no-sanitarios-centros-salud-personal-fijo-antiguas-gerencias-ap-20130604201453.html> (último acceso 26 de octubre de 2015). No he sido capaz de encontrar las cifras oficiales de despidos, que no aparecen en la Resolución de 3 de junio de 2013, de la Dirección General de Recursos Humanos por la que se dictan las instrucciones para el proceso de reordenación del personal no sanitario fijo de la gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Consigno aquí la cifra que me dio Teresa, 341. En la noticia citada el Sindicato Asambleario de la Sanidad estimaba entre 180 y 200 despidos de trabajadores eventuales.

<sup>281</sup> Que los médicos puedan escoger a su equipo no es “bueno” ni “malo” en sí mismo, o no es más de “empresa” que otra forma de funcionar, aunque sí reproduce jerarquías laborales, simbólicas y materiales. En un sistema jerárquico, donde la evaluación individual es pieza clave para poder “hacer carrera”, las decisiones sobre quién se queda y quién no pueden incluir valoraciones sobre aspectos de la persona – su implicación en luchas políticas o en prácticas o proyectos que “no cuentan” – que están directamente alineadas con valoraciones propias de la lógica biomédica y de la competencia.

<sup>282</sup> Teresa se refiere aquí a lo que también se ha dado en llamar “gestión clínica”. Bajo este término se agrupan diversas propuestas para que los profesionales sanitarios médicos se ocupen de la gestión de los centros. Desde las ya nombradas EBAs de Catalunya hasta otros modelos que comienzan a discutirse en Madrid. La organización de médicos especialistas AFEM ha puesto el

voy a elegir quién trabaja para mí, y éste sí, éste no. Y yo les digo (a los médicos coordinadores): “pues si quieres eso vete a la privada, que se hace así, y deja en paz la pública”. Aunque ahora ya pasan algunas cosas, las eventuales — no auxiliares que ya no quedan auxiliares eventuales porque las han echado a todas, sino sanitarias—, (si era eventual sanitaria) si te quedas con contrato en el centro el director (coordinador) puede decidir si te quedas de interina. La última consolidación de empleo se hizo en 2003<sup>283</sup>, hay gente que lleva 20 años sin tener plaza. Y claro, por ejemplo, mis compañeras no se mueven mucho porque son interinas o eventuales y dicen: “a ver si se me va a ver mucho” (Entrevista con Teresa, febrero de 2014).

Del lado de las médicas, son las que comenzaron a trabajar en el SERMAS desde la implantación del Área Única en 2009 en adelante las que experimentan una mayor precariedad. En junio de 2015, un grupo de jóvenes médicas de Atención Primaria comenzó a difundir un manifiesto contra la precariedad al que se sumaron un millar de profesionales sanitarios y 30 organizaciones. Su título es una enunciación del despojo: “La precariedad laboral es un símbolo del desmantelamiento del sistema sanitario público en España”. En un texto publicado en el *Periódico Diagonal*, Patricia Escartín, médica de familia y comunitaria, describe así la situación que motiva el manifiesto (las negritas en el original)<sup>284</sup>:

---

acento en cómo son los propios médicos, mejor que la administración, los que pueden avanzar en la “mejora de la eficiencia” del sistema sanitario. AFEM organiza jornadas en torno a este asunto, la última en septiembre de 2015: <http://eventos.aymon.es/jornadagestionafem2015/> (último acceso 24 de octubre de 2015). Para conocer una postura crítica con respecto a la “gestión clínica” se puede consultar el manifiesto que CAS Madrid leyó en la puerta del Ministerio de Sanidad en una concentración el 21 de octubre de 2014: “Gestión clínica: médicos empresarios haciendo negocio a costa de la salud del paciente”:

<http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=comunicados&id=110&titulo=COMUNICADOS> (último acceso 24 de octubre de 2015).

<sup>283</sup> En el invierno/primavera de 2015, un año después de mi conversación con Teresa, se llevó a cabo la última consolidación de empleo en el SERMAS.

<sup>284</sup> Patricia Escartín, “Un manifiesto contra la precariedad de la sanidad pública”, *Periódico Diagonal*, 12 de junio de 2015, <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/26990-precariadad-y-sanidad-publica.html> (último acceso 24 de octubre de 2015). El manifiesto se puede leer y apoyar aquí:

[https://docs.google.com/forms/d/1nhCBtvQv8bx7dMUOGfBYL1gxkS2d\\_8\\_2QmEGzK3tL\\_Y/viewform?c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/1nhCBtvQv8bx7dMUOGfBYL1gxkS2d_8_2QmEGzK3tL_Y/viewform?c=0&w=1) (último acceso 24 de octubre de 2015).

“Has conseguido que te den permiso en el trabajo para acudir a tu médica, pero no está. **No tiene suplente**. Como no es nada urgente, te sugieren que **vuelvas otro día**; no sabes cuándo. El enfermero está doblando consultas; lo ves en su cara de agobio mientras te toma la tensión, lo sabes por las veces que lo han interrumpido con llamadas en la consulta. Tu madre es una enferma terminal que necesita cuidados especiales, su médico está de vacaciones y en la última semana han acudido hasta tres profesionales diferentes a verla, con lo asustadas que estáis. La médica sustituta te ha tratado bien. Te gustaría volver a verla, pero **mañana ya no estará**.

Estas situaciones son **habituales** en nuestro sistema sanitario. No son nuevas, pero sí cada vez **más frecuentes**. Afectan a todos los sectores, pero es especialmente sangrante en la Atención Primaria, donde la longitudinalidad, la continuidad asistencial o la confianza entre profesionales y pacientes son pilares fundamentales.

Los **contratos por horas y días** o las bolsas de empleo opacas y disfuncionales son una constante que no sólo daña las condiciones laborales de los profesionales sanitarios por la temporalidad o la enorme vulnerabilidad, sino que también disminuye la calidad clínica y aumenta los errores sin disminuir los costes”.

(Reproducción de parte del texto de Patricia Escartín, publicado el 12 de junio de 2015)

Estos dos relatos, de Teresa y de Patricia, nos sirven de indicador para entender las formas de experimentar la precariedad que tienen auxiliares y profesionales sanitarias, unas formas que tienen que ver con la separación que se ha construido y se reproduce entre ellas.



#### 6.4.2. Separación

En la conversación con Teresa, esta me contaba que cuando iba a las manifestaciones de la Marea Blanca se escribía “Auxiliar” en la parte de la espalda de la bata para destacar que el movimiento no era solo de médicos y médicas, aunque se hubieran organizado “otra vez los médicos solos”, en referencia a AFEM, asociación formada únicamente por facultativos médicos<sup>285</sup>.

Al tiempo, estaba ilusionada: “en mi centro ahora las cosas van a ser diferentes, porque además hemos cambiado de director. Vamos a tener unas jornadas el (día y mes) en el que cada estamento del centro le cuenta lo que hace al otro. Y me decía el director: “cuando vean los médicos la ristra de cosas que tenéis que hacer vosotras...” (las auxiliares administrativas). Porque el médico bueno, aunque mire cosas diferentes y personas diferentes, pero al final siempre hace lo mismo, que es un diagnóstico. Pero nosotras que si viene una señora, que la ambulancia, que si este papel para esto, que si los análisis. Y estoy segura de que los médicos no saben casi nada de lo que hacemos” (Entrevista con Teresa, febrero de 2015).

En este relato en el que Teresa describe tan bien la separación entre auxiliares y profesionales sanitarios asume sin embargo un modelo biomédico que dice que lo que hace el médico es diagnosticar y recetar. Así de profunda es la fractura que dificulta concebir lo administrativo, lo clínico y lo comunitario como parte de una tarea común del centro de salud con el barrio, incluso en ejercicios críticos como el que hace Teresa.

En los hospitales existe mayor separación entre servicios de admisión y servicios clínicos. Los edificios están separados, el papeleo es mucho mayor, los procesos son más complejos y más caros y no se dan las condiciones de posibilidad para hacer salud comunitaria en torno a una tarea común.

---

<sup>285</sup> Aunque AFEM fue una de las organizaciones con más recorrido mediático durante la Marea Blanca es importante señalar que el movimiento desbordó estas divisiones. El colectivo P.A.T.U.SALUD estaba formado por trabajadoras del SERMAS de todos los estamentos y los meses que la Marea estaba a pleno rendimiento estuvieron repletos de momentos en que vecinos y vecinas, celadores, auxiliares, enfermeras, médicos especialistas, médicos de atención primaria, matronas, trabajadores sociales de centros sanitarios, trabajadores de limpieza, de cafetería y un sin fin de trabajadores y gentes de todo tipo se juntaron para discutir y poner en práctica maneras de defender la sanidad pública.

Carlos: (...) ha ido mandando más en los hospitales la parte administrativa, que ha ido creciendo. Al final, el asunto es que los procesos administrativos se trabaja con ellos como si no fueran una parte del sistema de salud. Eso es una pelea que a veces tenemos, a ver, es que no estamos haciendo tornillos estamos tratando con la salud de la personas. Claro, tú puedes intentar gestionar recursos, lógicamente, intentar tener procesos administrativos de acceso. Pero el acceso es el acceso a la salud, ojo, no es el acceso al cine ni al taller de coches. El problema es eso, que al final es normal tener un estamento administrativo que colabora con el sistema sanitario en los procedimientos de registro y de acceso pero no puede nunca convertirse en una barrera que es lo que está pasando. Y a veces es difícil, como tienen la presión...

La presión tiene un sesgo muy económico y muy de "ojo, que no acceda nadie que no tiene derecho", cada vez mayor. Quizá no tanto en los centros de salud porque habitualmente tienes una cercanía, en los centros de salud el administrativo y el sanitario tienen una cercanía, se conocen, tienen una relación — pero bueno, pueden pasar cosas como la vuestra (en referencia al centro de salud de mi barrio), que cada uno se encarga de lo suyo y como des con un administrativo más así...—. El problema en los hospitales, donde la distancia es mayor, si además es el perfil del administrativo que simplemente dice “no, no, no, a mí me han dicho que esto no es así”. Tienes que entender que tú eres servicio sanitario”.

Ese “entender” del que habla Carlos es parte de un proceso en el que la separación se transforma en encuentro. Sin embargo, parece que todo favorece la separación: desburocratización de consultas de médicos que significan nuevas tareas para las auxiliares, cursos para que éstas se encarguen de manejar la agenda de los médicos frente a los pacientes sin que ni los primeros ni los segundos se molesten... La conversación que aquí hemos propiciado entre médico y auxiliar, entre Teresa y Carlos, acerca de cómo hacer con las altas, con la atención, con el cuidado de personas sin tarjeta, no es la tónica general. Pero sí se ha hecho trabajo interpretativo y no se ha hecho en soledad. En el SERMAS, un modo de hacer ese trabajo es con los pares que comparten tarea y lugar en la jerarquía. Una práctica que se conecta, ya desde antes del decreto, con la incertidumbre que caracteriza el trabajo en este servicio de salud.

Las instrucciones del SERMAS con respecto a las personas sin tarjeta sanitaria son un tipo de documento que se ha distribuido dentro del Servicio de Salud de forma jerárquica: se ha mandado a los coordinadores de los centros de salud y a los jefes de servicio de hospitales y ellos y ellas lo envían a los trabajadores de su centro. Puede que en ese envío se haya incluido a trabajadores sanitarios y no sanitarios o puede que se hayan mandado sólo a auxiliares administrativas; esto depende del centro. Además, se han colgado en una intranet interna a la que acceden las auxiliares administrativas. Sin embargo, la cantidad de información que se comparte de esa manera dentro del SERMAS es ingente: de no recibir un tratamiento especial, ese documento puede que no se relacione necesariamente con la práctica diaria.

En la práctica diaria, la interpretación de ese documento y/o de las situaciones que incluyen a una persona sin tarjeta sanitaria se ha producido entre pares. Un proceso de búsqueda de regularidades para “ordenar” una forma de hacer que obliga a decidir caso por caso. Para “convertir el trabajo en una tarea realizable”, construyendo mediante la conversación un “set de estándares definido social e informalmente”, “aprendiendo de unos y otros y reforzando nociones comunes” sobre quien se tiene delante (JA Gilboy 1991). La antropóloga JA Gilboy analizó cómo toman las decisiones sobre acceso a Estados Unidos los inspectores del control de llegadas de un gran aeropuerto de Nueva York. Esas decisiones, aprendidas de y con los pares, se enraízan además en preocupaciones organizacionales concretas: por ejemplo, hacer correr la cola y, a la vez, que no pase dentro nadie que “no debía”, así como el interés de los gestores del aeropuerto en tener buenas estadísticas de acuerdo con los parámetros de evaluación establecidos (Gilboy 1991).

En los centros de salud de Madrid la labor interpretativa de las instrucciones del SERMAS con respecto a la atención de personas sin tarjeta sanitaria, labor que construye un set de estándares comunes que convierten la tarea en realizable, se ha hecho en gran medida a través de conversaciones telefónicas.

“Esto ha sido de llamar, teléfono, de que tengo una amiga aquí”, decía Teresa, que añadía que esta forma de hacer se inscribe dentro una dinámica de “incertidumbre” en la que están “acostumbradas” a trabajar: “un día llego y una biblioteca que tenemos (en el ordenador) donde se sacan documentos que tienes que dar al paciente en diversos casos ya no está donde estaba. Me tiré un rato buscándola, y no nos dicen nada”.

Para Teresa, en esta forma de funcionar se ha insertado el RD-l 16/2012 “a escondidillas”: “te cambian el programa un día y no te dicen nada”. Por ejemplo, en la primavera de 2015 se cambiaron unos campos en la base de datos y si no se percataba una del cambio cuando intentaba dar de alta a una persona sin tarjeta salía un mensaje de error que no dejaba hacerlo.

Seis meses después de la publicación de las instrucciones, en una ronda de reuniones que mantuvo la dirección de aseguramiento con centros de salud de Madrid, se utilizaba una presentación en *Power Point* que llevaba a error: al utilizar el término “extranjero sin recursos” para hablar de la atención a personas sin tarjeta sanitaria se podía entender que las excepciones del decreto de abril (urgencias, embarazadas, menores) se hacían a través de ese alta en el sistema, que en su configuración implica contar con tarjeta sanitaria. Después de que varias compañeras informaran del error y las consecuencias que podía tener, esa presentación se cambió pero no hubo otra ronda de reuniones sino que simplemente se sustituyó un documento por otro en la intranet.

Para Carlos, esa descoordinación de la que habla Teresa tiene que ver con que “no ha habido un trabajo de relación entre la parte científica y la parte administrativa” dentro del SERMAS. Carlos entiende como “parte administrativa” no sólo a las trabajadoras auxiliares de los centros de salud sino a la administración y gestión del propio SERMAS.

En 2008 había un proyecto de ampliar las áreas de salud en Madrid: “había folletos y un responsable de zonificación”, contaba Carlos. Sin embargo, al año siguiente, en 2009, se instauró el Área Única. Para Carlos este diseño de áreas sanitarias fue “lo último que hubo (en el SERMAS) que partía de un deseo de gestión desde lo sanitario”. Desde el Área Única todo viene de “tan arriba” que “acaba siendo confuso”. Al final “la gente tira de teléfono” y “depende de quién te coja”.

La separación entre profesionales que trabajan en el mismo centro de salud o en el servicio de un hospital pero ocupándose de tareas diferentes ha sido y es fundamental para el despliegue de la exclusión sanitaria. Es la condición de posibilidad para que los médicos que no se hacen cargo puedan pasar el malestar y la tarea a las auxiliares: “es una cuestión administrativa”. Y para que las auxiliares la puedan devolver: “necesito un informe médico para dar de alta”. En este paso lo que está en juego es dar acceso al sistema a alguien “sin seguro”, ahí donde los relatos del abuso y la amenaza se hablan con la sensación de carga y de despojo. Ahí donde es posible una pregunta que, sin contexto ni historia, pudiera parecer un oxímoron: “¿cómo vamos a poder tener sanidad universal si

dejamos entrar a todo el mundo?” “¿cómo la vamos a pagar?”<sup>286</sup>

### **6.5. Facturar, disuadir, reprimir**

Los sistemas de facturación han sido uno de los dispositivos de disuasión, coerción y represión — de profesiones del SERMAS y de usuarios — en los que se ha apoyado el despliegue de la exclusión sanitaria. Estos dispositivos están formados por varios artefactos conectados: los documentos de identificación, las altas de los usuarios en el sistema informático, las citas que se apuntan en el historial y los documentos específicos relacionados con el pago: los compromisos de pago que se entregan antes de pasar a la consulta del médico y los avisos de cobro y facturas que llegan después.

En los centros de atención primaria no se factura, no hay estructura material para hacerlo. Lo que sí se puede hacer es identificar a la persona como “facturable” y enviar todos los papeles que tengan que ver con su proceso a la oficina que gestiona la facturación en Atención Primaria. Sin embargo, con las personas sin tarjeta, como hemos visto, lo más común es intentar filtrar en el mostrador de admisión. En ocasiones se entrega un documento antes de dar paso a la consulta del médico, un “compromiso de pago por atención urgente”<sup>287</sup>. Este documento es el que se usaba antes del RD-l 16/2012 en los centros de salud para recoger los datos de las personas que contaban con seguros privados o cobertura en otros países, que eran mutualistas o cuya atención estaba cubierta

---

<sup>286</sup> Esta pregunta se la lanzaron a Nacho, de un grupo de acompañamiento, en el servicio de facturación de un hospital de Madrid en el curso de una conversación en la que explicaba que la factura que llevaba se debía de quitar porque correspondía a una atención de urgencias de una persona sin permiso de residencia. Verano de 2015.

<sup>287</sup> Se pueden ver documentos de compromisos de pago entregados en centros de salud en varios informes ya citados aquí. Es interesante consultar la circular de mayor de 2013 de la Dirección de Atención Primaria de Mallorca solicitando a los centros sanitarios que no entregaran compromisos de pago a las personas sin tarjeta sanitaria. Esto ocurrió después de que la denuncia de varias organizaciones por la muerte de Alpha Pam se publicara en los medios de comunicación (Yo Sí Sanidad Universal 2013: 51).

por tratarse de accidente de trabajo o de coche.

En el centro de salud de mi barrio se han entregado en ocasiones estos documentos aunque no es una práctica regular sino anecdótica. Una vez una auxiliar que era nueva en el centro de salud se lo entregó a unas compañeras, en un gesto que interpretaron como propio de una confusión con respecto al modo de actuar. Fue la forma que esta trabajadora tuvo de ajustarse a los estándares comunes y a la comunidad de sentimiento que, en ese centro, dicen que cuanta menos gente sin tarjeta pase, mejor. En otra ocasión estando con un amigo nos lo entregó una auxiliar que ya conocíamos de muchas otras veces y que nunca nos lo había dado. En este caso, la interpretación que hicimos fue que usó ese documento como un argumento intimidatorio más para disuadirnos de solicitar una atención por urgencias que ella no consideraba necesaria<sup>288</sup>.

En los hospitales, el mantenimiento de formas anteriores de identificación y registro en los mostradores de admisión de urgencias hace que sí se facturen por defecto las urgencias a las personas que no tiene tarjeta sanitaria. ¿Cómo? Utilizando un formulario de identificación pensando para otro sistemas sanitario, el sistema que permitía a mucha más gente tener tarjeta sanitaria, sin introducir aparente cambio en el funcionamiento de los servicios de admisión de urgencias de los hospitales. Este formulario no incluye ninguna opción que permita a una persona a la que el decreto de abril de 2012 le ha quitado o no le deja tener tarjeta sanitaria identificarse como tal de modo que no tenga que pagar por las

---

<sup>288</sup> La introducción de la lógica de gestión y del asistencialismo en la administración es un gradiente, según muestran los investigadores Débora Ávila y Sergio García (en Urda Lozano 2013): en las oficinas de extranjería, muchas veces situadas al lado de comisaría o, en Aluche en Madrid, pegadas al Centro de Internamiento de Extranjeros (CIE), el trato no es cercano e individualizado sino “serial e intimidatorio”. Esto, además de un efecto simbólico, implica mecanismos concretos que regulan y obstaculizan el acceso a derechos. Conviene señalar aquí que ese tipo de trato se puede dar también en lugares de protección como es un centro de salud. La entrega de un compromiso de pago puede cumplir esa función intimidatoria.

urgencias. A veces también se entrega un compromiso de pago pero incluso si esto no se hace el propio formulario de identificación funciona como tal, porque identifica a las personas sin tarjeta sanitaria como pacientes “otros” - “pacientes privados”, lo que desencadena automáticamente el proceso de facturación:

El formulario de identificación que se entrega a las personas que aparecen sin tarjeta sanitaria por las urgencias de un hospital tiene seis opciones y hay que marcar una con una X. Las opciones son: 1) pertenecer a entidades gestoras de mutualidades de funcionarios y aseguradoras sanitarias privadas, en cuyo caso la persona “deberá aportar en el momento de la admisión en (este) Hospital el Documento de Aceptación de Gasto”; 2) accidente laboral; 3) accidente de tráfico; 4) convenios internacionales (mostrar la Tarjeta Sanitaria Europea o el Convenio internacional); 5) accidentes deportivos; 6) accidentes en transporte público de viajeros; 6) Otros “paciente privado”: “deberá aportar fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual o del documento de solicitud de la misma cuando no la hubiese presentado o estuviese caducada en el momento de la admisión al hospital (...) si en un plazo máximo de (15) días no se presenta en la sección de Cargos del Hospital la documentación requerida en el apartado señalado con una X, este Centro emitirá una factura a su nombre con los gastos sanitarios por la asistencia que ha recibido”.

En un gran hospital de Madrid donde se han celebrado sesiones sobre exclusión sanitaria algunos profesionales junto con activistas han propuesto que se añada a los formularios de identificación en urgencias un nuevo ítem que permita a las personas sin tarjeta identificarse como tal y solicitar un alta durable que no inicie sistemáticamente un proceso de facturación. Ha pasado más de un año y medio desde que se propuso por primera vez y no se ha hecho. Hasta el momento, la forma de hacer es la que nos comunicó un cargo de gestión de admisión del hospital en una sesión en mayo de 2014: facturar y luego la persona que no debe ser facturada puede reclamar. Este gestor se sorprendía de que las reclamaciones por facturación indebida por ese motivo fueran disminuyendo de 2012 a 2013 y de ese año a 2014. Esa disminución en el número de reclamaciones bien puede indicar un retraimiento de las personas en acudir a las urgencias de ese hospital, porque cobran.

Estas multas por ponerse enfermo se conocen: “en ese hospital facturan”.

Se conocen tanto que incluso ya se han ideado timos que se basan en ellas.

El 5 de febrero de 2015 una compañera, Cristina, compartió con el grupo un aviso de un correo basura que, enviado como si fuera una comunicación oficial

del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, amenazaba con “anular la prestación de asistencia sanitaria en hospitales si no se realiza el ingreso de una cantidad económica la cual se le indica abajo”. A Cristina le había llegado a través de redes relacionadas con derecho de extranjería y el Colegio Oficial de Graduados Sociales de Valencia había colgado en su página web la respuesta del Ministerio avisando de que este correo era falso<sup>289</sup>.

### **6.6. La ley en la cara o en la caja de herramientas**

“Con el Real Decreto lo que ha pasado es que no se ha hecho nada por hacer un ajuste de ese sistema porque en realidad tendrían que separar tres: el que tiene el beneficio (tarjeta sanitaria), el que tiene el pago digamos detrás (seguro con una mutua, o un seguro privado) y le deben facturar y el que no siendo beneficiario del sistema tiene su derecho reconocido por la ley pero sin una tarjeta detrás (y esto) le hace no facturable. Pero como no son capaces de diferenciarlo y tampoco les ha interesado mucho hacerlo pues facturan.

Esto es como si tú en una calle tienes un carril bus y plazas de aparcamiento. Y llega el guardia y pone una multa a todos, a los que están en el carril bus y a los de la plaza de aparcamiento. Ah, el que tiene la plaza de aparcamiento pues que reclame. Como no soy capaz de diferenciar yo facturo a todos porque están aparcados en esta calle que hay un carril bus. Al final ¿qué hace la gente? No pasa por esa calle, no aparca en esa calle”.

Son palabras de Carlos en la conversación que tuvimos en marzo de 2014. Quizá de las más claras que he escuchado para explicar la disuasión, la coerción y la represión, efectos de formas de hacer del pasado que no se han transformado por mucho que lo haya hecho la ley. Es más, es la verdad que enuncia la ley — que ya no nos podemos hacer cargo de todas las personas — la que ha activado formas de hacer que antes de ella no tenían la importancia que tienen después.

En nuestra conversación, le planteé a Teresa algo que rondaba por mi cabeza desde la primera vez que había participado en una situación en la que se

---

<sup>289</sup> Ese documento se puede consultar aquí: [http://www.cograsova.es/adjuntosmail/2015/20150206/AVISO\\_URGENTE.pdf](http://www.cograsova.es/adjuntosmail/2015/20150206/AVISO_URGENTE.pdf) (último acceso 26 de octubre de 2015).



habían negado citas a pesar de que, de acuerdo con la regulación, esas citas se podían y debían dar. Le pregunté si creía que había auxiliares que, no dando de alta a las personas sin tarjeta, se sentían más protegidas por instancias de gestión del SERMAS (sus pares en tarjeta sanitaria por ejemplo) que por la propia ley, que les indicaba lo contrario. Ella me dijo que sí sin dudarlo.

Decíamos en la introducción de esta tesis, cuando abordábamos el racismo y el miedo, que se pueden descargar racismos cotidianos en una norma como el decreto de exclusión. También, a nivel práctico, cotidiano, se puede descargar la responsabilidad en el desconocimiento, o en las dificultades para operar las excepciones que permite la norma:

En la primavera de 2013, tras una reunión en un gran hospital — el mismo del periplo con Nena y Ale — una trabajadora de admisión de urgencias decía: *Es que no se puede, yo no puedo dar de alta (durable), no me deja el ordenador. Y se tiene que facturar, es que tenemos que hacerlo, tú metes el código y te salta la factura.*

Sorprendidas, preguntamos si también dan la hoja del compromiso de pago: *claro, eso se hace, lo tenemos que hacer. ¿El formulario de identificación?: claro, eso es lo único que tenemos, eso es lo único que nos mandaron, y no nos lo explicaron. Las urgencias aquí son 120 euros, tenemos varios tipos, es lo que nos han dicho, ¿por qué no nos lo han dicho? (que no solo se puede sino que hay que dar alta durable a las personas que entran por urgencias, y que no se les puede cobrar).*

Pero de todas las veces que hemos discutido en centros sanitarios sobre si se daba o no de alta a una persona sin tarjeta, o se escribía un correo electrónico para solicitar el cambio en ese alta y así poder imprimir recetas, o se daba una cita con el especialista, quizá la que mejor capta esta vida social que ha tenido la ley es una situación que vivimos Óscar y yo en el invierno de 2012. Óscar ya ha aparecido aquí, era el compañero que necesitaba medicación para el VIH. Cuando fuimos al centro de salud intentamos negociar con la auxiliar que nos dejara ver a un médico para poder hablar sobre la medicación. Ella insistía en que no era

una urgencia, que ya veríamos, que la médica se iba a enfadar... nosotras decíamos que la urgencia era la única puerta abierta, que ella no podía, en rigor, decidir qué era o qué no una urgencia. Antes de llamar por teléfono a la médica nos dijo: *es que me estáis poniendo la ley en la cara*.

Puede que la angustia que sentíamos nos impidiera mostrarle que era justamente lo contrario, que la intención era poner la ley en su caja de herramientas. Precisamente son los profesionales que hacen por proporcionar un tratamiento con continuidad a todas las personas con y sin tarjeta sanitaria los que hacen un uso de la norma más acorde con su letra. Las auxiliares dan de alta a las personas que entran por urgencias, tal y como ordenan las normas. Las médicas, que pueden haber optado por institucionalizar su decisión amparándose en el código deontológico y declarándose objetoras de conciencia<sup>290</sup>, adoptan la definición de urgencia que propone la Organización Mundial de la Salud, que no depende del tipo de diagnóstico que puedan alcanzar sino de la conciencia de necesidad de la persona que tienen delante<sup>291</sup>:

Partiendo de lo hay, alientan las fuerzas que nos llevan al encuentro, no a la separación; construyen una cadena de afecto e interdependencia, no de malestar e individualización.

---

<sup>290</sup> La Sociedad Española de Medicina de Familia abrió un registro para que los médicos de AP pudieran registrar su objeción: <http://objecion.semfyc.es/>. La cifra de registrados ronda los 2.000, si bien no todos los médicos que practican la universalidad se han registrado.

<sup>291</sup> Hay que señalar que las instrucciones del SERMAS no aportan una definición de urgencia. La de la OMS es "Urgencia es, según la OMS, la aparición fortuita, imprevista o inesperada, en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia" (J. Gómez Jiménez 2006: 156).

## 7. VÍNCULO (Cuestiones finales)

“Los paisajes pueden ser engañosos.

A veces da la impresión de que no fueran el escenario en el que transcurre la vida de sus pobladores, sino un telón detrás del cual tienen lugar sus afanes, sus logros y los accidentes que sufren”, John Berger, *Un Hombre Afortunado. Historia de un médico rural*, 2008: 13, mi traducción.

Esta tesis ha querido contar el proceso de despliegue de la exclusión sanitaria en Madrid. Contar que la ley estatal que activa ese proceso, el RD-l 16/2012, aprobado en abril y en vigor desde septiembre de 2012, enuncia una “crisis” en el sistema sanitario. El texto legal es un dispositivo de una forma de gobierno que toma la “crisis” como un punto de partida, como un tapón al disenso sobre la inteligibilidad de lo que está pasando, como un a priori capaz de explicar desde fuera situaciones de precariedad, vulnerabilidad, desposesión y muerte. Aquí, sin embargo, se intenta volver a meter la “crisis” dentro de esas situaciones, porque forma parte de lo que están hechas y participa en la gradación del valor de las vidas que se opera en ellas.

El decreto de exclusión sanitaria impone como solución a la “crisis” que declara un modelo de seguro individual con el sistema sanitario público. A este seguro se accede formando parte de uno de los estratos que se establecen según la situación laboral, financiera, administrativa y familiar. Ese estrato marca qué tipo de asistencia sanitaria se puede recibir en el sistema público, si hay que pagar o no por ella y cuánto. A algunos grupos de personas no se les permite tener ese seguro: las personas sin papeles o con situación administrativa inestable, los ancianos extranjeros que llegaron a España con papeles después de abril de 2012, las personas exiliadas por la falta de trabajo aquí.

La ley dejaba abierta la puerta a que el sistema sanitario público se pudiera hacer cargo de lo que denominaba “situaciones excepcionales”: atención de urgencias, a embarazadas, a menores, a víctimas de trata, a personas con estatus de protección internacional. En la búsqueda de regularidades que hagan manejable el trabajo, el patrón común que se fue dando se alineó con la verdad que enunciaba la norma — ya no nos podemos hacer cargo de todas las personas en el sistema público sanitario — incluso por encima de la propia norma. El incumplimiento de las excepciones ha sido ese patrón común.

El despliegue de la exclusión sanitaria en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) se ha apoyado en lógicas de prácticas y en dispositivos que ya estaban ahí: las formas de interpretar las normas y su uso en un sistema jerárquico con una fuerte separación entre estamentos laborales y una tendencia a la precarización de algunos de ellos; las prácticas burocráticas que median el acceso al sistema sanitario público; las rutinas laborales y las sensaciones de carga de trabajo y de despojo de la caja de herramientas para hacer ese trabajo que tienen los profesionales del servicio madrileño de salud (SERMAS); las conexiones y desconexiones de estas sensaciones con los relatos del “abuso” que se hace del sistema sanitario y la “amenaza” que se cierne sobre él; la construcción del turismo sanitario que trae crisis, encarnado en el europeo del norte que viene a España para operarse en el sistema público pero también en el pobre que viaja para sobrevivir; y la de su cognato, el turismo que trae prosperidad, encarnado en el cliente-viajero que trae dinero; las estratificaciones de usuarios que opera el sistema sanitario, que tienen que ver con su relación histórica con el sistema de Seguridad Social y que se han automatizado en herramientas informáticas que dictan “realidad” y “derechos”; y los racismos

cotidianos que, con el decreto de exclusión sanitaria, se han alineado con los institucionales.

Como efecto, la exclusión sanitaria en Madrid se ha desplegado como una forma de gobierno, de los demás y de uno mismo, que opera una gradación del valor de las vidas y deja morir a algunas. Construye, esta forma de gobierno, un sistema sanitario público que define su sostenimiento por lo que deja fuera: es para tener “sanidad universal” que debe haber grupos de personas excluidas.

Estas páginas son uno de los numerosos productos de un trabajo colectivo que comenzó antes de abril de 2012 y al que terminé de dar forma de tesis doctoral en el invierno de 2015, cuando el despliegue de la exclusión sanitaria ha experimentado una mutación importante. Así, el final de esta tesis, que necesariamente tenía que abordar estas transformaciones, más que una conclusión es un ejercicio analítico de invitación a imaginar qué otras transformaciones quedan por profundizar.

Tras las elecciones autonómicas y locales de mayo de 2015 en España, la lucha institucional — una de las características del despliegue de la exclusión — es más fuerte. Incluso en Madrid, donde el proceso de despliegue ha sido muy amplio, al cierre de esta tesis las personas sin papeles tienen la oportunidad de acceder de forma continuada a los centros de salud. ¿Cómo? A través de la institucionalización de una forma de acceso que, sin embargo, no reconoce normativa ni simbólicamente “el derecho” de algunos grupos de personas a la asistencia sanitaria en el sistema público. Una vía administrativa graciable solo para un grupo de población específico y definido racialmente, los sin papeles. Una cuña de contención que regula la relación entre el gobierno que maximiza la vida y el que deja morir.

¿Quiere esto decir que, “en realidad”, nada ha cambiado? O, por el contrario, ¿significa que, “en realidad”, ya no hay exclusión sanitaria? La respuesta que me sugieren estas preguntas es que no son las preguntas que toca hacer aquí. O, parafraseando la respuesta de Foucault a la pregunta que le hace Mouloud en su conferencia sobre crítica (página 65 de esta tesis): si ese fuera el dilema, si se pudiera responder sí o no a cualquiera de esas dos preguntas, me iría de aquí tranquila.

Si nos hacemos las preguntas a la luz de la experiencia esta nos dice que de un día para otro, literalmente del 31 de agosto al 1 de septiembre de 2012, fue posible y *tolerable* que miles de personas no pudieran ir a ver a su médica o tener las recetas de sus medicamentos. Y lo fue porque había condiciones de posibilidad para que se activaran prácticas, modos de conducirse, que excluían totalmente a personas del sistema sanitario. Una de ellas, pero no la única, fue el punto de apoyo institucional, que en 2015 se hizo mucho más débil.

Los demás puntos de apoyo que ha tenido el despliegue de la exclusión son procesos complejos y determinantes que siguen ahí. Uno de los más fuertes es la introducción de las lógicas de empresa en el sistema sanitario público, que con su carácter tremendamente flexible y adaptable, hacen uso, mutan y se ven mutadas por lo que encuentran a su paso para avanzar. Y esto es posible porque estas lógicas se hacen también en nosotros, en los sujetos, que somos diversos.

En noviembre de 2015, cuando estaba terminando esta tesis, las marquesinas de autobús de la ciudad de Madrid portaban un anuncio. Sobre fondo blanco, unas letras azul añil rezaban: “El mundo de la salud evoluciona, tú también”. Debajo, en letras más pequeñas y negras: “Cámbiate a Sanitas”. El

anuncio se cerraba con un “Y además, llévate esta tablet”. La foto de este aparato se podía ver en la esquina inferior izquierda.

El lenguaje del progreso, del acierto individual, de la búsqueda incansable de opciones más “evolucionadas”... para hablar de salud. Un paisaje urbano con enormes carteles luminosos con la foto de una tablet para hablar de salud. *Los paisajes pueden ser engañosos. A veces da la impresión de que no fueran el escenario en el que transcurre la vida de sus pobladores, sino un telón detrás del cual tienen lugar sus afanes, sus logros, los accidentes que sufren*, decía Berger.

La salud es un mundo, sí, o más bien, en palabras del antropólogo Didier Fassin, un campo que teje vínculos sociales y políticos a partir de realidades ordinarias, que relaciona al ser físico y psíquico con el mundo social y político, que se construye y se encuentra “allí donde la enfermedad pone en juego el cuerpo social” (Fassin 2004: 8, mi traducción). Fassin señala que las políticas de salud son aquellas que traducen esa relación en prácticas ordinarias y científicas, por lo que para aprehender formas de gestionar (colectivamente) la salud hay que preguntarse por “las apuestas que se hacen en esa traducción” (2004: 15, mi traducción). El anuncio de Sanitas apuesta por una forma de poner en juego el cuerpo social ante la enfermedad: que cada cual consuma servicios como consume una tablet. El vínculo social y político que se teje con los demás es el de la competencia, por “evolucionar”, por acertar con el mejor servicio. He aquí la lógica del seguro, punto de apoyo fundamental para el despliegue de la exclusión sanitaria en Madrid que además se encontró y reforzó con otra, la del aseguramiento estratificado del sistema de protección de la Seguridad Social, al que el Sistema Nacional de Salud no ha dejado de estar ligado.

Una campaña de anuncios de sanidad privada en Madrid, escenario de la Marea Blanca, un espectacular movimiento en defensa de la sanidad pública que duró más de un año y medio, frenó un plan de privatización de hospitales públicos y propició la dimisión de un consejero de Sanidad en enero de 2014. Pero también una ciudad en la que en los centros sanitarios, durante tres años, se preguntaba a vecinos y vecinas a las que les habían quitado la tarjeta sanitaria por no tener trabajo, por no cotizar, por no tener papeles, quién iba a pagar si les daban una cita.

La ley activó una redefinición de lo que es salud, destejendo algunos de los vínculos sociales y políticos que se construían en la práctica de la universalidad del sistema sanitario público. Pero la ley es también un campo, y el de esta ha sido un campo de luchas.

En todos estos puntos de apoyo del despliegue de la exclusión sanitaria hay sujetos que pueden debilitarlos. Aquí es donde se sitúa la pregunta acerca de la responsabilidad que nos hacíamos al principio de esta tesis: ¿quién es responsable? Esta pregunta no busca culpables, sino que es una pregunta analítica y ético-política. Implica cuestionarse por las formas de gobierno, también de uno mismo, que dejan morir; en quién se encarnan, en qué se materializan, qué subjetividades conforman, qué guías de acción. Y por la posibilidad de encontrar otras formas de gobernarse, de conducirse de otra manera. Porque son las mismas condiciones de posibilidad para el despliegue de la exclusión de las que se parte para construir otras guías de acción que nos permitan hacernos cargo de la sostenibilidad de las vidas.

Si en la investigación los análisis situados nos ayudan a hacer inteligible la realidad para poder intervenir en ella también las luchas y las transformaciones



pueden ser y son situadas. Parten de lo que hay, tanto de las condiciones materiales como de las propias trayectorias personales, políticas y éticas de las personas y colectivos implicados. De un lugar en el que “la relación con las condiciones neoliberales de la existencia” es “ambivalente” (Verónica Gago 2015). Una lucha situada no se puede hacer solamente desde arriba. Si se trata precisamente de tejer vínculos, en concreto en el campo de la salud, tampoco se puede hacer individualmente. Una lucha situada, finalmente, es un conjunto de luchas, un ejercicio de exploración de las situaciones, que activa conexiones que se va encontrando a su paso y construye vínculo al avanzar y para avanzar.

En Grecia, desde 2008, cuando comenzó el desmantelamiento del sistema público de salud, se crearon clínicas de médicas y médicos voluntarios<sup>292</sup>. Conocí a Frosso Moureli, psiquiatra y participante en la Solidarity Clinic de Tesalónica en el grupo de trabajo sobre derecho a la salud del encuentro internacional “El Nuevo Rapto de Europa”, celebrado en el Museo Reina Sofía del 27 de febrero al 1 de marzo de 2014<sup>293</sup>.

Frosso relataba que las personas acudían muy tarde a la clínica solidaria de Tesalónica, en parte porque los pacientes — inmigrantes pero también nativos “no asegurados” — experimentaban un sentimiento de pérdida de dignidad por recurrir a una clínica de beneficencia. Así, no se podían detectar tumores hasta que eran muy grandes y el problema de las enfermedades mentales y de la salud pública era muy grave.

Algunas compañeras del grupo le preguntaron a Frosso qué se podía hacer para presionar a los estados, a la Unión Europea, para abordar esta situación. Frosso respondió: “en Grecia no hay Estado”. Para ella, el abordaje solo podía venir de la autogestión, aunque no dejaba de reconocer sus dificultades: intentaron que todas las clínicas autogestionadas de Grecia firmaran un manifiesto comprometiéndose a no aceptar donaciones de farmacéuticas o de otros actores y no pudo ser posible porque algunas clínicas no quisieron. El problema de la sostenibilidad acuciaba.

---

<sup>292</sup> Es ingente la cantidad de investigaciones, artículos en prensa y artículos académicos, vídeos y películas documentales y textos escritos y audiovisuales de todo tipo que narran y analizan lo que ha ido sucediendo en Grecia desde 2008. Sobre el desmantelamiento del sistema sanitario se puede ver el artículo de Alexander Kentikelenis, Marina Karanikolos, Aaron Reeves, Martin Mackee y David Stuckler en *The Lancet* (2014).

<sup>293</sup> Para conocer más sobre la clínica ver: <http://www.kiathess.gr/>; sobre el encuentro, organizado por la Fundación de los Comunes y *L'Internationale*, Red europea de museos, ver: <http://www.museoreinasofia.es/actividades/nuevo-rapto-europa> (último acceso a los dos enlaces 1 de noviembre de 2015).

Frosso relataba que cuando comenzaron con la clínica su objetivo no era desarrollar un concepto de “lo común” o de la autoorganización, sino responder a una situación de emergencia y de muerte. Fue después, partiendo de la experiencia, cuando se empezaron a plantear cambiar las relaciones médico-paciente: hacer de la salud algo común. Por ejemplo, celebrando talleres con pacientes y médicos y médicas, reflexionando juntas y en consulta sobre cómo influía la situación que se vivía en Grecia en la salud de las personas que acudían a la clínica. Para Frosso, este proceso, junto con el desmantelamiento del sistema público, hacían que su clínica no fuera un sistema paralelo de beneficencia sino otra cosa: un espacio político.

En Suecia, las personas sin papeles solo tienen acceso a las urgencias y además tienen que pagar. Existe una red de clínicas “clandestinas” en las que participan profesionales voluntarios<sup>294</sup>. El 12 de mayo de 2012 tuve la oportunidad de escuchar a Henry Archer, pediatra y participante en una de estas clínicas, en su intervención en Tribunal 12, en Estocolmo<sup>295</sup>. Archer compartió su incomodidad por “hacerle el juego” al Estado creando un sistema paralelo y abogó por la desobediencia civil contra las leyes suecas.

Un mes más tarde, el 15 de junio de 2012 en Bruselas, en un taller de la plataforma PICUM tuve la oportunidad de charlar con participantes de la clínica de beneficencia que tiene Cáritas en Estocolmo<sup>296</sup>. Me insistieron en varias ocasiones que en España “no dejáramos” que la nueva ley de exclusión funcionara, que la “paráramos” antes de que se asentara, porque teníamos un “sistema envidiable”.

En España, el movimiento Yo Sí Sanidad Universal se declaró como uno de desobediencia civil contra el decreto de exclusión sanitaria y las organizaciones no gubernamentales optaron en su mayoría por no crear clínicas de beneficencia. Sobre el terreno, estos movimientos se han encontrado con una regularidad excluyente que ha ido más allá de lo escrito sobre el papel de la ley; para desactivar esa regularidad, la propia norma ha sido una herramienta, igual que lo han sido los lenguajes de derechos humanos y ciudadanía social aterrizados en prácticas de salud comunitaria como puede ser que los vecinos y vecinas se junten para hablar del centro de salud del barrio.

La lucha contra la exclusión sanitaria requería — requiere — de todo un trabajo de investigación acerca de qué están hechas las situaciones de exclusión

---

<sup>294</sup> <http://www.vardforpapperslosa.se/english.asp>

<sup>295</sup> Para saber más sobre Tribunal 12 se puede visitar [www.tribunal12.org](http://www.tribunal12.org). Ver también nota 38.

<sup>296</sup> PICUM es el acrónimo de *Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants*. El taller anual al que acudí tenía como título “Using Legal Strategies to Enforce Undocumented Migrants’ Rights”, <http://picum.org/es/noticias/picum-noticias/33474> (último acceso 1 de noviembre de 2015).

sanitaria de las que formamos parte, para activar guías de acción, prácticas que construyan sanidad universal ahí donde la regularidad de la exclusión es cotidiana. En lugar de usar cuñas a modo de tapón que se colocan en los huecos por donde se pueden desbordar los efectos del gobierno que deja morir, utilizar cuñas que hagan palanca para abrir esos huecos estancos y transformarlos en espacios donde activar los vínculos sociales y políticos que se pueden tejer en la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, Giorgio, 1998, *Homo Sacer. Sovereign Power and Bare Life*. Stanford CA: Stanford University Press.
- Agier, Michel, 2002, "Between war and city. Towards an urban anthropology of refugee camps", *Etnography* 3(3): 317-341.
- Alameda, Almudena y Álvaro Pazos, 2009, "Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria", *Rev. Esp. Salud Pública* 83: 863-875.
- Arendt, Hannah, 1968, *The Origins of Totalitarianism*. San Diego, New York, London: Harcourt, Inc.
1958. *The Human Condition*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Armengou, Montse y Ricard Bolis, 2014, *Polio, crónica de una negligencia*, *Televisió de Catalunya*,  
<http://www.ccma.cat/tv3/alacarta/programa/Version-en-castellano-del-documental-Polio-cronica-de-una-negligencia/video/4900033/> (último acceso X)
- Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (apdha), 2015, *Derechos Humanos en la Frontera Sur*, <http://www.apdha.org/media/informe-fs2015-web.pdf>
- Ávila, Débora, 2012, *El gobierno de la diferencia: de las lógicas de gestión en lo social*, Tesis Doctoral, [eprints.ucm.es/16373/1/T33918.pdf](http://eprints.ucm.es/16373/1/T33918.pdf)
- Ávila, Débora y Marta Malo, 2009, "Manos Invisibles. La lógica neoliberal en lo social", Universidad Nómada, <http://www.universidadnomada.net/spip.php?article348> (último acceso 13 de julio de 2015).
- Balibar, Étienne, 2004, *We, the People of Europe? Reflections on Transnational Citizenship*, Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Banerjee, Payal, 2006, "Indian Information Technology Workers in the United States: The H-1B Visa, Flexible Production, and the Racialization of Labor", *Critical Sociology*, 32 (2-3): 426-447.
- Bashi, Vilna, 2004, "Globalized anti-blackness: Transnationalizing Western Immigration law, policy, and practice", *Ethnic and Racial Studies* 27(4): 584-606
- Bauböck, Rainer, ed., 2004. *Migration and Citizenship. Legal Status, Rights and Political Participation*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Beasley-Murray, Jon, 2010, *Posthegemony. Political Theory and Latin America*, Minneapolis: University Minnesota Press.

- Benería, Lourdes, 2003, *Gender, development and globalization. Economics as if all people mattered*. Nueva York: Routledge.
- Berger, John, 2008, *Un hombre afortunado. Historia de un médico rural*, Madrid: Alfaguara.
- Birulés, Fina y Ángela Lorena Fuster eds., 2014, *Hanna Arendt. Más allá de la filosofía. Escritos sobre cultura, arte y literatura*. Madrid: Editorial Trotta.
- Brigadas Vecinales de Observación de Derechos Humanos, Informes I, II y III (20120-2011, 2011-2012, 2012-2014), <http://brigadasvecinales.org/>
- Bolton, Patrick, Tano Santos y Jose A. Scheinkman, 2011, "Cream Skimming in Financial Markets", *NBER Working Paper* No. 16804.
- Bourdieu, Pierre, 2003, "Participant Objectivation", *Journal of the Royal Anthropological Institute* 9: 281-294.
- 1993, "Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático", *Revista Sociedad de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA)*, <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/1042.pdf> (último acceso 29 de octubre de 2015)
- Brown, Wendy, 2008, "Sovereignty and the Return of the Repressed", en David Campbell y Morton Schoolman (eds.), *The New Pluralism: William Connolly and the Contemporary Global Condition*, Durham NC: Duke University Press 250-272
- Butler, Judith, 2009, *Frames of War. When Life is Grievable?* London: Verso.
- 2001, "What is critique? An Essay on Foucault's Virtue", en Instituto Europeo para Políticas Culturales Progresivas, <http://eipcp.net/transversal/0806/butler/en> (último acceso 13 de julio de 2015)
- Calabuig, Tino y Miguél Ángel Condor, 1975, *La Ciudad es Nuestra*, <https://www.youtube.com/watch?v=RxpeFxtQXLs> (último acceso 15 de septiembre de 2015).
- Castel, Robert, 2004, *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?*, Buenos Aires: Manantial.
- Collier, Stephen J. y Andrew Lakoff, 2008, "On Regimes of Living", en Ainhua Ong y Stephen J. Collier eds., *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Oxford: Wiley-Blackwell
- Comaroff, Jean y John, 2002, "Of Revelation and Revolution: Christianity, Colonialism, and Csciousness", en Joan Vicent ed., *The Anthropology of Politics: A Reader in Etnography, Theory and Critique*, Oxford: Wiley-Blackwel.

- Comité Invisible, 2015a, *A nuestros amigos*, Logroño: Pepitas de Calabaza.
- 2015b, *La Hipótesis Cibernética*, <http://tiqqunim.blogspot.com.es/2013/01/la-hipotesis-cibernetica.html?m=1> (último acceso 13 de julio de 2015).
- Cortès-Franch, Imma y Beatriz González López-Valcárcel eds., 2015, "Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014", *Gaceta Sanitaria*, 28(S1) y <http://www.gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X/> (último acceso 18 de septiembre de 2015).
- Cortázar, Julio, 1977, *Fantomas contra los vampiros multinacionales*. Méjico: Literatura Argentina Contemporánea y Tribunal Russell II.
- 1973, *Libro de Manuel*, Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Costa Alcaraz, Ana M., Fernando Calvo Rigual y Juan Carlos Siruana-Apansi, 2013, "La gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria", *Rev. Esp. Salud Pública* 87(2) y [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272013000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272013000200004&script=sci_arttext) (último acceso)
- Coutin, Susan B., 2006, "Cultural logics of belonging and movement. Transnationalism, naturalization, and U.S. Immigration Policy", *American Ethnologists* 30(4): 508-526.
- Chang, Kimerbly A., y L.H.M. Ling, 2000, "Globalization and its intimate other: Filipina domestic workers in Hong Kong", en *Gender and Global Restructuring-Sightings, Sites and Resistances*, Marianne H. Marchand y Anne Sisson Runyan eds., London & New York: Routledge.
- Dallemange, Grégory, Víctor del Arco, Ainhoa Montoya y Marta Pérez, 2015, "The Value of Open Access in Anthropology and Beyond", *Anthropology in Action*, 22(2): 42-48  
<http://berghahn.publisher.ingentaconnect.com/content/berghahn/antiac/2015/00000022/00000002/art00006;jsessionid=24juik8xl1xh.alexandra> (último acceso 30 de octubre de 2015)
- De Génova, Nicolás P., 2002. "Migrant 'Illegality' and Deportability in Everyday Life", *Annual Review of Anthropology* 31: 419-47.
- Del Arco Blanco, Miguel Ángel, 2006, "Morir de hambre'. Autarquía, escasez y enfermedad en la España del primer franquismo", *Recuerdo y Memoria, Revista de Historia Contemporánea* 5: 241-258.
- Del Castillo, Javier, 2011, "Una Nueva Ley General de Sanidad para Sostener el Sistema Nacional de Salud", *Fundación Alternativas*, Doc. 173/2011,  
[ttp://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio\\_documentos\\_archivos/bb9eed9da2d01062733ca4c49a33ccfb.pdf](http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/bb9eed9da2d01062733ca4c49a33ccfb.pdf) (último acceso 13 de julio de 2015)

- Du Gay, Paul, 2012, *En elogio de la burocracia. Weber, Organización, Ética*, Madrid: Siglo XXI de España.
- Ellis, Oliver, 2013, "The agony of Choice", *BMJ* 2013;347:f5344
- Fadlalla, Amal Hassan, 2008, "The Neoliberalization of Compassion. Darfur and the Mediation of American Faith, Fear, and Terror", en Jane L. Collins, Micaela di Leonardo y Brett Williams (eds.), *New Landscapes of Inequality. Neoliberalism and the Erosion of Democracy in America*, , New York: School for Advanced Research Seminar Series.
- Falcon, Sylvanna, 2006, "National Security and the Violation of Women: Militarized Border Rape at the US-Mexico Border", en *Color of Violence: The INCITE! Anthology*, editado por *INCITE! Women of color against violence*, Cambridge, MA: South End Press, 119-129.
- Fanon, Frantz, 1961, *The Wretched of the Earth*, New York: Grove Press; Reprint edition (Marzo 12, 2005)
- Fassin, Didier, 2014, "True Life, Real Lives: Revisiting the Boundaries between Ethnography and Fiction", *American Ethnologist* 41 (1): 40-55.
- 2009, "Another Politics of Life is Possible", *Theory, Culture and Society* 26 (5):44-60.
- 2008, "Beyond Good and Evil? Questioning Anthropological Discomfort with Morals", *Anthropological Theory* 8 (4), 333-344.
- 2007, "Humanitarianism as a Politics of Life", *Public Culture* 19 (3):499-520.
- 2001 "The Biopolitics of Otherness. Undocumented Immigrants and Racial Discrimination in the French Public Debate", *Anthropology Today. Journal of the Royal Anthropological Institute* 17 (1):3-7.
- 2000, "Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé", *Anthropologie et Sociétés*, Special issue "Terrains d'avenir" 24 (1):95-116.
- Feldman, Ilana y Miriam Ticktin, 2010, *In the Name of Humanity. The Government of Threat and Care*, London: Duke University Press.
- Ferre, Mariane C., 2004, "Deterritorialized Citizenship and the Resonances in the Sierra Leone State", en *Anthropology in the Margins of the State*, V Das y D Poole eds., Santa Fe: School of American Research Press, 81-115.
- Fernández-Savater, Amador, Marta Malo y Débora Ávila, 27 de marzo de 2015, "Verónica Gago: 'El neoliberalismo hoy es una paradoja que desdibuja la frontera entre arriba y abajo, explotación y resistencia'", Blog *Interferencias* en *eldiario.es*, [http://www.eldiario.es/interferencias/neoliberalismo-economias\\_populares\\_6\\_371022904.html](http://www.eldiario.es/interferencias/neoliberalismo-economias_populares_6_371022904.html) (último acceso 13 de julio de 2015).
- Fernández-Savater, Amador, 20 de febrero de 2015, "Jon Beasley – Murray: 'La clave del cambio social no es la ideología, sino los cuerpos, los afectos y los hábitos'", Blog *Interferencias* en *eldiario.es*, [http://www.eldiario.es/interferencias/Podemos-hegemonia-afectos\\_6\\_358774144.html](http://www.eldiario.es/interferencias/Podemos-hegemonia-afectos_6_358774144.html) (último acceso 13 de julio de 2015).

- Fernández Kelly, Patricia, y Douglas S. Massey, 2007, "Borders for WHOM? The Role of NAFTA in Mexico-U.S Migration", *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 610 (98): 98-118.
- Fekete, Liz, 2009, *A Suitable Enemy: Racism, Migration and Islamophobia in Europe*. London: Pluto Press.
2004. "Anti-Muslim Racism and the European Security State", *Race Class* 46(1): 3-29.
- Figueras, Josep y Martin Mackee eds., 2012, *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*, Berkshire: Open University Press.
- Foisneau, Luc, Christian Hiebaum y Juan Carlos Velasco, eds. 2013, *Global Challenges to Liberal Democracy. Political Participation, Minorities and Migrations*, Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Foucault, Michel, 2010, *The Birth of Biopolitics*, New York: Picador, Reprint Edition.
- 2008, *Seguridad, Territorio, Población*, Madrid: Akal
- 2003, *Society Must Be Defended*, New York: Picador, Reprint Edition.
- 1997, "What is Critique?" en *The Politics of Truth*, Sa. Lothringer y L. Hochroth eds., New York: Semiotexte, 23-82.
- 1990, *The History of Sexuality, Vol. 1: An Introduction*, New York: Vintage Books.
- 1984, "Face aux gouvernements, les droits de l'homme", 30 de junio-1 de julio de 1984, *Libération* 967: 22, <http://www.fondamentaux.org/2013/05/16/michel-foucault-face-aux-gouvernements-les-droits-de-lhomme/>
- Fundación Ciencias de la Salud, 2008, *Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española*, [http://www.fcs.es/publicaciones/diferencias\\_utilizacion\\_servicios\\_sanitarios\\_poblacion\\_inmigrante\\_poblacion\\_espanola.html](http://www.fcs.es/publicaciones/diferencias_utilizacion_servicios_sanitarios_poblacion_inmigrante_poblacion_espanola.html) (último acceso 29 de octubre de 2015).
- Gallego González, Mónica, 2013, "El R.D. Ley 16/2012: la instauración del apartheid sanitario", Tesis del Máster Internacional en Migraciones, Promoción 2011/2013, Universidad de Valencia.
- García Ortiz, Alberto y Ágatha Maciaszek, 2006, *A ras del suelo*, [https://www.youtube.com/watch?v=\\_5zae1A0p48](https://www.youtube.com/watch?v=_5zae1A0p48) (último acceso 15 de septiembre de 2015).
- Gilboy, JA, 1991, "Deciding Who Gest In: Decisionmaking by Immigration Inspectors", *Law and Society Review* 25(3): 571-600.
- Gómez Jiménez, J., 2006, "Urgencia, gravedad y complejidad: un constructor teórico de la urgencia basado en el triage estructurado", *emergencias* 18: 156-164.
- Graeber, David, 2015a, *The Utopia of Rules: On Technology, Stupidity and the Secrets Joys of Bureaucracy*, London: Melville House.



- 2015b, "Capitalim's secret love affair with bureaucracy", *Financial Times*, 6 de marzo de 2015, <http://www.ft.com/cms/s/2/73212b74-c1ba-11e4-8b74-00144feab7de.html#slide0> (último acceso 2 de noviembre de 2015).
- 2012, "Dead zones of the imagination. On violence, bureaucracy, and interpretative labor", *HAU: Journal of Ethnographic Theory* 2 (2): 105-28
- Gramsci, Antonio, 1971, *Selections from the Prison Notebooks*, New York: International Publishers.
- Guillén Roríguez, Ana Marta, 2006, "Los sistemas sanitarios públicos europeos y el sistema sanitario público español", *La sanidad pública en España: reflexiones, jornadas, ponencias e intervenciones*, 31-48.
- 1997, "Un siglo de previsión social en España", *Ayer* 25: 151-178.
- Gupta, Akhil, 2012, *Red Tape. Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*, London: Duke University Press.
- Hall, Stuart y David Held, 1989, "Citizens and Citizenship" en *New Times: The Changing Face of Politics in the 1990*, London: Lawrence & Wishart Ltd
- Harvey, David, 2007, *Breve historia del neoliberalismo*, Madrid: Akal
- Hernandez, Ester y Coutin, Susan Bibler, 2006, "Remitting subjects: migrants, money and states", *Economy and Society* 35(2): 185-208
- Herzfeld, Michael, 1992, *The Social Production of Indifference*, Chicago: University of Chicago Press.
- Hunt, Alan, 1994, *Foucault and Law: Towards a Sociology of Law As Governance*, London: Pluto Press
- Hyndman, Jennifer, 1997, "Border Crossings", *Antipode* 29(2): 149-176.
- Inda, Jonathan Xavier, 2006, *Targeting Immigrants. Government, Technology, and Ethics*. Malden, MA; Oxford; Carlton; Blackwell Publishing.
- Irigoyen, Juan, 2010a, "La reestructuración de la profesión médica", *Política y Sociedad* 48 (2): 277- 293.
- 2010b, "La metamorfosis de la evaluación", *Salud 2000* 129: 16-19.
- Jiménez Rubio, D., Hernández Quevedo, C. 2010, "Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences?" *European Journal of Health Economics* 12 (1): 17-28
- Kentikelenir, Alexander, Marina Karanikolos, Aaron Reeves, Martin Mackee y David Stuckler, 2014, "Greece's health crisis: from austerity to denialism", *The Lancet*, 383 (9918): 748-753

- Koskenniemi, Martti, 2002, "Human Rights, Politics, and Love," *Mennesker & Rettigheter, The Nordic Journal of Human Rights* 4: 33-45 (reprinted: *Finnish Yearbook of International Law* 13: 79-94).
- Laval, Christian y Pierre Dardot, 2015, *Común, Ensayo sobre la revolución en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- 2013, *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*, Barcelona: Editorial Gedisa.
- Legido-Quigley, Helena, Elena Urdaneta, Daniel La Parra, Carles Muntaner, Carlos Álvarez-Dardet, José M. Martín-Moreno y Martin Mackee, 2013a (Diciembre), "Erosion of universal health coverage in Spain", *The Lancet* 382(9909): 1977.
- 2013b (Junio) "Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?", *BMJ* 2013;346: f2363
- Loach, Ken, 2013, *The Spirit of 45*, London: Sixteen Films and Fly Film,  
<http://www.thespiritof45.com/>
- Llop-Girones, Alba, Ingrid Vargas Lorenzo, Irene García-Subirats, Marta-Beatriz Aller y María Luisa Vázquez Navarrete, 2014, "Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España", *Rev. Esp. Salud Pública* 88(6): 715-734.
- Malo, Marta, 2004, *Nociones Comunes. Experiencias y ensayos entre investigación y militancia*, Madrid: Traficantes de Sueños.
- Martínez Aguayo, Carmen y Santiago Martín Acera, 1994, "El contrato programa. ¿Qué es? ¿Cuál es su importancia?", *Revista San Hig Pub* 68: 333-334.
- Martínez, Ana, Gemma Tarafa, Joan Benach y Montse Vergara, 2014, *Cómo comercian con tu salud. Privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya*, Barcelona: Icaria Editorial
- Médicos del Mundo et. al., 2015, "Informe REDER .Radiografía de la reforma sanitaria. La universalidad de la exclusión",  
<https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.biblio/mem.detalle/id.405/recategoria.4998/reلمenu.134> (último acceso 15 de octubre de 2015)
- Médicos del Mundo, 2015, "Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Dos años de la puesta en marcha del Real Decreto Ley 16/2012 en la Comunidad de Madrid",  
<https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.biblio/mem.detalle/id.396/recategoria.4998/reلمenu.134> (último acceso 15 de octubre de 2015).
- 2014, "Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo",  
<https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.biblio/mem.detalle/id.390/recategoria.4998/reلمenu.134> (último acceso 15 de octubre de 2015).
- Merry, Sally Engle 2009, *Gender Violence: A Cultural Introduction*, London: Blackwell.
- Merry, Sally Engle y Mark Goodale, eds., 2007, *The Practice of Human Rights: Tracking Law Between the Global and the Local*, Cambridge: Cambridge University Press.

- Minué Lorenzo, Sergio y José Francisco García Gutiérrez, 2012, "¿Ciudadanos o asegurados? ¿es importante?" *AMF* 8(8): 422-423
- Montoya, Ainhoa, 2014, "Ethnographies of the Opportunities and Risks of Neoliberalisation", *Anthropology Matters*, 15(1), [http://www.anthropologymatters.com/index.php/anth\\_matters/article/view/417/539](http://www.anthropologymatters.com/index.php/anth_matters/article/view/417/539) (último acceso)
- Moreno Fuentes, Francisco Javier María Bruquetas Callejo, 2011, *Inmigración y Estado de bienestar en España*, Barcelona: Obra Social 'la Caixa'.
- Moyn, Samuel, 2012, *The Last Utopia. Human Rights in History*, Cambridge: Harvard University Press.
- Oliver del Olmo, Pedro, ed., 2013, *Burorrepresión, sanción administrativa y control social*. Albacete: Editorial Bomarzo.
- Ong, Ainha, 2006, *Neoliberalism as Exception. Mutations in Citizenship and Sovereignty*, New York: Duke University Press.
- Patridge, Damani James, 2008, "We were dancing in the club, not on the Berlin wall: Black Bodies, Street Bureaucrats, and Exclusionary Incorporation into the New Europe", *Cultural Anthropology* 23(4): 660-687.
- Pérez, Marta, Alejandra Villaseñor e Ignacio Trillo, 2014, "Varapalo al decretazo sanitario", en el blog *La Conquista del Derecho* de *Periódico Diagonal*, 9 de mayo de 2014, <https://www.diagonalperiodico.net/blogs/laconquistadelderecho/varapalo-al-decretazo-sanitario.html> (último acceso X)
- Pérez, Marta y Ramón Larburu, 2013, "Cuando la sanidad se convierte en mercancía", *Eldiario.es*, 27 de enero de 2013, [http://www.eldiario.es/zonacritica/sanidad-convierte-mercancia\\_6\\_94200593.html](http://www.eldiario.es/zonacritica/sanidad-convierte-mercancia_6_94200593.html) (último acceso )
- Pérez, Marta, 2015, "D.E.P. Inmigrante Nº 7", Blog *Asaltar los Cielos* (Fundación de los Comunes) in *Periódico Diagonal*, 24 de junio de 2015, <https://www.diagonalperiodico.net/blogs/fundaciondeloscomunes/dep-inmigrante-no-7.html> (último acceso)
- 2014, "De ébola, basura y dignidad", Blog *Asaltar los Cielos* (Fundación de los Comunes) en *Periódico Diagonal*, 17 de noviembre de 2014, <https://www.diagonalperiodico.net/blogs/fundaciondeloscomunes/ebola-basura-y-dignidad.html> (último acceso )
- 2012, "Emergency Frames. Gender Violence and Immigration Status in Spain." *Feminist Economics*, 18(2): 265-290.
- Pons Pons, Jerònia, 2010, "El seguro obligatorio de enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras (1942-1963)", *Revista de la historia de la economía y de*

*la empresa* (Ejemplar dedicado a: De la beneficencia al estado de bienestar, pasando por los seguros sociales), 4: 227-248

Poon, Marta y Robert Wosnitzer, 2012, "Review Essay", *Journal of Cultural Economy* 5:2, 247-255

Preis, Ann-Belinda, 1996, "Human Rights as a Cultural Practice", *Human Rights Quarterly* 18: 286.

Rabinow, Paul, 2003, "Introduction: Modern Equipment" en *Anthropos Today: Reflections on Modern Equipment*, Princeton: Princeton University Press.  
1997, *The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984*, volúmenes 1, *Ethics, Subjectivity and Truth*, y 3, *Power*, New York: The New Press.

Rajaram, Prem Kumar y Carl Grundy-Warr, 2004, "The Irregular Migrant as Homo Sacer: Migration and Detention in Australia, Malasia, and Thailand", *International Migration* 42(1): 33-64

Rancière, Jacques, 2004, "Who is the Subject of Human Rights?", *The South Atlantic Quarterly* 103.2(2): 297-310.  
1999, *Disagreement. Politics and Philosophy*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Roitman, Janet, 2013, *Anti-Crisis*, Durham: Duke University Press

Rose, Nikolas, 1999, *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self* (segunda edición), London: Free Association Books.

Sanjek, Roger, 2003, "Rethinking migration, ancient to future", *Global Networks* 3(3): 315-336.

Sassen, Saskia, 1984, *The Mobility of Labor and Capital. A study in International Investment and Labor Flow*, Cambridge: Cambridge University Press.

Segura del Pozo, Javier, Mercedes Martínez Cortes, Antonio Pla Naranjo, Marian Gil Nebot, Francisco Vivas Toros, Aurora Miguel García, 2013, "El proceso de reorientación comunitaria de los centros Madrid Salud", *experiencias*, [http://www.madridsalud.es/prev\\_prom\\_saludambiental/pdfs/Comunidad13-CMS.pdf](http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/pdfs/Comunidad13-CMS.pdf)

Schapira, Michael, 2014, "Janet Roitman" (entrevista), 19 de febrero de 2015, *Full Stop*, <http://www.full-stop.net/2014/02/19/interviews/michael-schapira/janet-roitman/> (último acceso 13 de julio de 2015).

Scheper-Hughes, Nancy, 2002, "Commodity Fetishism in Organs Trafficking", en *Commodifying Bodies*, Nancy Scheper-Hughes y Loic Wacquant eds., Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 31-61.

Schmitt, Carl, 1996. *The Concept of the Political*, Chicago: The University of Chicago

Press.

- Serralonga i Urquidí, Joan, 2009, "Reformadores y reaccionarios en la estructura central de Sanidad en España, 1931-1936", *Investigaciones históricas: Época moderna y contemporánea*, 29: 241-264.
- Sevilla, Francisco, 2006, "La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social", *Fundación Alternativas Doc.* 86/2006  
<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf>  
 (último acceso 13 de julio de 2015)
- Shamir, Ronen, 2005, "Without Borders? Notes on the Globalization as a Mobility Regime", *Sociological Theory* 23(2): 197-217
- Shakur, Assata, 2014, *Una autobiografía. Assata Shakur*, Madrid: Capitán Swing Libros.
- Simon, Jonathan, 1998, "Refugees in a Carcelar Age: The Rebirth of Immigration Prisons in the United States", *Public Cultures* 10(13): 577-607
- Silverman, Maxim, 1992, *Deconstructing the Nation. Immigration, Racism and Citizenship in France*, New York: Routledge
- Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) 2014, "CIE y Expulsiones Exprés", abril de 2014,  
<http://www.sjme.org/sjme/item/794-cie-y-expulsiones-expres>
- Sommers, Margaret R., 2009, *Genealogies of Citizenship: Markets, Statelessness, and the Right to Have Rights*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Soysal, Yasemin Nuhoğlu (2008) "Postnational Citizenship: Reconfiguring the Familiar Terrain", en *The Blackwell Companion to Political Sociology*, Blackwell, 333-341.
- Stoler, Ann, 1985, "Perceptions of Protest: Defining the Dangerous in Colonial Sumatra", *American Ethnologist* 12(4): 642-655, reproducido en Joan Vicent ed. 2004, *The Anthropology of Politics. A Reader in Ethnography, Theory, and Critique*, Boston: Blackwell Publishing.
- Strathern, Marilyn, ed., 2000, *Audit Cultures. Anthropological studies in accountability, ethics, and the academy*, London: Routledge.
- Stuckler, David y Sanjay Basu, 2013, *The Body Economic: Why Austerity Kills*, London: Basic Books.
- Suárez Navaz, Liliana, 2008, *Descolonizando el Feminismo. Teorías y practicas desde los márgenes*, Madrid: Cátedra Ed. Liliana Suárez Navaz & R. Aida Hernández.
- 2007, *Las luchas de los 'Sin Papeles' y la extensión de la ciudadanía. Perspectivas Críticas desde Europa y Estados Unidos*, Madrid: Traficantes de Sueños.
- 2005 "Ciudadanía e inmigración: ¿un oxímoron?", *Puntos de Vista. Cuadernos del Observatorio de las Migraciones y la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid* 4: 29-47.

- 2004 *Rebordering of the Mediterranean: Boundaries and Citizenship in Southern Spain*, Oxford & New York: Berghahn Books.
- Ticktin, Miriam, 2011. *Casualties of Care: Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*. Berkeley: University of California Press.
- 2006a, "Where Ethics and Politics Meet: The Violence of Humanitarianism in France." *American Ethnologist* 33(1): 33–49.
- 2006b, "Medical Humanitarianism in and Beyond France: Breaking Down or Patrolling Borders?", en *Medicine at the Border: The History, Culture, and Politics of Global Health*, Alison Bashford, ed., Sydney: Palgrave, 116–35.
- 2005, "Policing and Humanitarianism in France: Immigration and the Turn to Law as State of Exception", *Interventions* 7(3): 347–68.
- Tirado, Francisco, Daniel López, Blanca Callén, y Miquel Domènech, 2008 (Septiembre), "La producción de fiabilidad en entornos altamente tecnificados. Apuntes etnográficos sobre un sistema de teleasistencia domiciliaria", *Papeles del CEIC* 38.
- Thompson, E.P., 1975, *Whigs and Hunters. The Origin of the Black Act*, Bristol: Penguin Books.
- Velasco, Juan Carlos, 2013,
- Vogel, Richard D, 2007, "Transient Servitude: The U.S. Guest Worker Program for Exploiting Mexican", *Monthly Review*, 58: 8
- Wacquant, L  is, 2010, "Crafting the Neoliberal State: Workfare, Prisonfare, and Social Insecurity", *Sociological Forum* 5(2): 197:220.
- 2009, *Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity*, Durham: Duke University Press.
- 2008, *Urban Outcasts: A Comparative Sociology of Advanced Marginality*, Oxford: Polity Press.
- Yo S   Sanidad Universal y Somamfyc, 30 de septiembre de 2014, "Informe REDES", <http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Informe%20REDES.pdf?mtime=1412027824> (  ltimo acceso 13 de julio de 2015).
- Yo S   Sanidad Universal, Julio de 2014, "Informe de irregularidades detectadas en la aplicación de las instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Servicio Madrileño de Salud", <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/informe-de-irregularidades-detectadas-en>
- Yo S   Sanidad Universal, Julio de 2014, "  Por qué está muerta Jeanneth?", *Periódico Diagonal*, 7 de julio de 2014 y blog *Interferencias* de *eldiario.es*, 9 de julio de 2014 (enlaces en página X).
- Yo S   Sanidad Universal, 1 de septiembre de 2013, "Un año de exclusión, un año de desobediencia", <http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/DossierAniversarioRD L.pdf> (  ltimo acceso 13 de julio de 2015)